



HAL
open science

Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation

Patrice Krzyzaniak

► To cite this version:

Patrice Krzyzaniak. Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation. Education. Université Charles de Gaulle - Lille III, 2017. Français. NNT : 2017LIL30031 . tel-01775336

HAL Id: tel-01775336

<https://theses.hal.science/tel-01775336>

Submitted on 24 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE LILLE NORD de FRANCE

ECOLE DOCTORALE SHS

Doctorat en Sciences de l'éducation

PATRICE KRZYZANIAK

**GEORGES DAUMEZON (1912-1979) :
UN CAMISARD PSYCHIATRE et PEDAGOGUE**

Une contribution singulière aux sciences de l'éducation

Thèse dirigée par Mr le Professeur Francis Danvers

Centre Interuniversitaire de Recherche en Education de Lille (CIREL-Proféor)

Soutenue le 15 Décembre 2017

Jury :

Mr Evry Archer, Docteur en Médecine, Psychiatre honoraire. Ancien chef de service au CHRU de Lille et responsable du Service Médical Pénitentiaire Régional de Lille.

Mr Francis Danvers, Professeur émérite des Universités en Psychologie de l'éducation, Université de Lille 3.

Mr Pierre Delion, Professeur Agrégé émérite des Universités-Praticien hospitalier, Université de Lille 2. Ancien chef de service de pédopsychiatrie au CHRU de Lille.

Md Fabienne Maillard, Professeure des Universités en Sciences de l'éducation, Université de Paris 8.

Mr Christophe Niewiadomski, Professeur des Universités en Sciences de l'éducation, Université de Lille 3.

REMERCIEMENTS

A Carole, pour m'avoir constamment accompagné

pendant toutes ces années de travail

A tous ceux qui m'ont aidé...

« J'ai reconnu en Georges Daumézon un homme libre qui agit avec clarté pour un but précis, inaccessible et totalement nécessaire. [...] Il y a en moi une grande admiration, un respect profond pour tout homme qui cherche à avoir conscience de sa vie. Non qu'il ait une chance d'arriver jamais à la dominer. Mais parce que le meilleur de la dignité humaine consiste dans la recherche et la conquête de cette domination de soi ».

Georges Gursdorf (1912-2000),

Le 7 Décembre 1936

« Je n'ai rien caché de leurs faiblesses. J'ai dit qu'elles faisaient partie de leur grandeur... ».

Paul Voivenel (1880-1975)

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	6
PARTIE I. UNE THESE ET UN HOMME	11
Chapitre 1. La thèse et son organisation	12
La problématisation de l'œuvre de G. Daumézon.....	12
La socio-biographie	16
Les ressources et sources mobilisées	20
Les conditions de la mise en récit	24
Chapitre 2. G. Daumézon : Une personne, un personnage	28
Introduction	29
Le berceau cévenol d'un camisard et d'un scout	29
Un homme charismatique et contrasté	32
Une carrière brillante et diversifiée	35
PARTIE II. LES PREALABLES A L'EXAMEN DES RELATIONS ETABLIES PAR G. DAUMEZON AVEC L'EDUCATION	41
Introduction de la seconde partie	42
Chapitre 1. Des définitions préliminaires au sujet de l'éducation	45
La notion d'éducation.....	45
Les fonctions de l'éducation	46
La pédagogie	47
L'enfance interpellée par l'éducation.....	48
L'éducation, la famille et la société	51
Conclusion.....	55
Chapitre 2. La rencontre de l'éducation et de la folie au XIX^e Siècle	58
Introduction	58
Education, progrès et folie.....	59
Enfance, folie et éducation	61
La naissance de l'éducation spécialisée	64
L'éducation et l'institution asilaire	66
L'asile et l'école selon J-P. Falret	70
Conclusion de la seconde partie	79

PARTIE III. LES DEBUTS PROFESSIONNELS DE G. DAUMEZON ET L'EXPERIENCE DE FLEURY-LES-AUBRAIS (1935-1951)	88
Chapitre 1. De ses débuts professionnels à la tragédie de la guerre (1935-1945)	89
Une thèse annonciatrice	89
La guerre et le congrès de Montpellier.....	105
Chapitre 2. Le renouveau de la psychiatrie et l'expérience de Fleury-les-Aubrais (1945-1951)	113
Introduction	114
Les caractéristiques de l'institution asilaire selon G. Daumézon.....	118
La mise en place des projets d'activités par G. Daumézon.....	136
La collaboration avec les CEMEA	169
PARTIE IV. LE TEMPS DES COMBATS ET DE L'HERITAGE (1951-1979)	183
Chapitre 1. Le temps des combats	184
Les rencontres de Sèvres	184
Le congrès de psychiatrie et de neurologie d'Auxerre de 1974	192
Le fil coupé de la psychiatrie	207
Chapitre 2. L'héritage	214
Son œuvre interrogée par les Sciences de l'éducation	214
La fin des institutions psychiatriques ?	238
G. Daumézon et le chaînon manquant de la psychanalyse ?	249
Le poids des combats : l'humaniste et le militant	252
La modernité des problématiques envisagées	257
Un futur proche questionnant et inquiétant	263
CONCLUSION GENERALE	289

INTRODUCTION GENERALE

Cette thèse est le résultat de deux rencontres et toutes deux sont issues de ma démarche de validation des acquis de l'expérience en 2012 d'un master en Sciences de l'éducation.

La première est d'abord une rencontre avec moi-même par le choix que j'avais fait dans un mémoire d'examiner ma carrière professionnelle du point de vue d'une approche expérientielle et existentielle.

Mon métier d'infirmier exerçant en psychiatrie s'était constitué et réparti de façon alternative et régulière entre des années d'exercice soignant auprès des malades et d'autres dans l'enseignement en instituts de formation paramédicaux.

Dans un écrit qui relatait cette alternance, je m'étais attaché à étudier les phénomènes de porosité et de synergie entre ces deux fonctions et leurs effets sur ma pratique professionnelle.

La seconde tient à une rencontre qui a eu lieu après la soutenance de ce mémoire avec l'un des membres du jury qui m'avait proposé un rendez-vous.

Lors des échanges qui en résultèrent une inscription en formation doctorale des Sciences de l'éducation fut évoquée avec le Pr F. Danvers, qui devint par la suite le directeur de ma thèse.

Il fut aussi envisagé quel pourrait être le sujet de ce travail et il me demanda ce que je savais exactement de Georges Daumézon dont le nom avait été donné à l'institut de formation des cadres de santé où j'exerçais¹.

J'ignorais à vrai dire presque tout de lui sauf qu'il avait été dans le passé un psychiatre de renom et qu'il s'était intéressé à la formation des infirmiers psychiatriques.

Il fut convenu que j'approfondirai ma connaissance de ce psychiatre afin d'estimer s'il y avait là matière à envisager d'en faire le sujet principal de ma thèse.

Il s'en est suivi pendant plusieurs semaines des premières démarches d'investigation de ma part qui à terme conduisirent progressivement à rendre envisageable l'élaboration d'un projet de thèse, ensuite considéré comme recevable par l'Ecole doctorale.

¹ Le choix de ce nom, d'après les archives de cet institut, résulte d'une décision prise en Conseil technique d'enseignement de l'école d'infirmiers le 22 janvier 1980, au motif que ce psychiatre avait fait preuve d'un intérêt notable envers la formation de ces personnels paramédicaux.

La question de savoir qui était G. Daumézon² avait importé à l'évidence lors de l'élaboration de ce projet, mais ce qui avait primé résidait surtout dans le fait d'avoir pu commencer à interroger de façon féconde qu'elles avaient été ses relations avec le champ des Sciences de l'éducation³, encore balbutiantes à son époque et d'être en mesure d'émettre l'hypothèse que son œuvre avait pu être significative et singulière en la matière.

Rien n'avait été produit de façon conséquente au sujet de telles relations et seuls existaient de sa part quelques textes épars et répartis sur toute sa carrière, qui plus est en nombre restreint par rapport à la multiplicité d'une production écrite innombrable relevant d'autres domaines, médicaux, juridiques, historiques, que l'éclectisme de sa culture professionnelle lui permettait d'aborder.

Or il apparaissait que son action dans le registre général de l'éducation⁴ qui incluait aussi la pédagogie et la formation, même s'il ne l'avait jamais précisément formalisée, était dense, conséquente et novatrice comparée à ce qui existait à son époque dans ce domaine.

Sa thèse de médecine par exemple avait abordée, ce qui n'avait pas été fait depuis des dizaines d'années, à la fois le statut du personnel infirmier⁵ et leur formation indigente et inadaptée, qui était selon lui à réformer profondément.

Plus encore J. Oury lui-même avait considéré que dans le registre de la transformation de la psychiatrie l'action de G. Daumézon avec l'organisme de formation des CEMEA⁶ avait été aussi importante que celle de F. Tosquelles à l'hôpital psychiatrique de St Alban, au titre de la psychothérapie institutionnelle⁷.

² Par convention les personnes citées dans ce travail le seront par l'initiale de leur prénom et ensuite par leur nom. Les dates de naissance et de décès seront regroupées dans un index final, afin de ne pas surcharger le texte.

³ L'une des hypothèses de B. Charlot pour définir les Sciences de l'éducation c'est qu'elles sont le résultat de la juxtaposition des différentes sciences, étant reconnues institutionnellement, elles ne le sont pas avec certitude au niveau épistémologique (la production de recherches effectives permettant de passer cet écueil), et enfin que leur mobilisation a permis de créer ce qu'il appelle « une culture commune ». Nous ferons notre thèse qu'il met en avant, parmi bien d'autres possibles et qui postule que : « La spécificité des Sciences de l'éducation réside dans leur questionnement, dans leur horizon problématique et non dans leur objet ou leurs méthodes » (Charlot, [1998], 2017, p.6).

⁴ G. Daumézon utilisera de préférence le terme d'éducation lorsqu'il sera question de parler des malades et de formation lorsqu'il s'agira des soignants. Le mot de pédagogie regroupant les conceptions, dispositifs et moyens qui permettent à la fois d'éduquer et de former. S'agissant de lui, c'est de cette façon, sauf exception, que nous utiliserons ces termes.

⁵ L'appellation d'infirmier est globalisant du corps professionnel et n'exclut pas les infirmières du propos, mais vise à le simplifier, il en ira de même en ce qui concerne l'usage des mots homme et femme.

⁶ Depuis 1937 cet organisme organisait principalement des stages de formation concernant les moniteurs et les directeurs de colonies de vacances. Il prendra le nom de Service des centres d'entraînement aux méthodes pédagogiques actives en 1943 et de CEMEA depuis le 16 septembre 1944.

⁷ Syntagme évoqué pour la première fois en 1952 par G. Daumézon, & P. Koechlin, dans un article intitulé « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine » paru dans la revue *Annais portuguese de psiquiatria*.

Il se vérifiait aussi de plus en plus, dans cette investigation préliminaire, que l'histoire de G. Daumézon en elle-même justifiait d'être relatée, car c'était celle d'un homme de caractère, allant jusqu'au bout de ses convictions premières et ne reculant devant aucune controverse, s'il estimait que les résultats pouvaient être utiles à la mise en œuvre d'un projet qui envisageait de transformer radicalement la prise en charge des malades mentaux.

Cela le conduira à bien des réussites, dont sa modestie s'en fera peu l'écho, mais lui vaudra également bien des désillusions par rapport à une psychiatrie qu'il voyait évoluer avec un jugement lucide, teinté de pessimisme.

Cela sera particulièrement vrai en matière de formation, qu'il appréhendait de façon militante, afin de briser d'abord les pratiques et contextes d'aliénation qui étaient à son époque le propre de la psychiatrie asilaire et ensuite pour trouver des alternatives soignantes grâce à l'amélioration de la qualification et des compétences professionnelles des personnels de soins.

Enfin l'étude de son œuvre si elle vise principalement, dans le champ considéré, à envisager en quoi et comment il fut créatif et novateur en tant que pédagogue ne peut prendre sens que dans le contexte professionnel et sociétal dans lesquels elle se réalisa, le considérer comme un acteur témoin permettra d'appréhender cet environnement à un moment charnière de l'histoire de la psychiatrie, qu'il contribua puissamment à transformer.

Pour mener à bien notre démarche nous proposerons d'abord une première partie introductive qui problématisera cette œuvre du point de vue des Sciences de l'éducation, ce qui n'a jamais été réalisé à ce jour, y compris par lui-même, puis seront présentés les choix méthodologiques qui ont été faits, dont celui de la socio-biographie, les ressources et sources mobilisées, ainsi que les conditions de la mise en récit du travail et enfin les principaux éléments constitutifs de sa biographie.

Après avoir examiné les préalables nécessaires à l'examen des relations qu'établira G. Daumézon avec l'éducation, nous exposerons ensuite successivement chacune des parties du travail qui participeront à la détermination d'un cadre chronologique, constitué pour prendre sens par rapports aux éléments principaux de la problématique. Pour ce faire et servir de points d'ancrage temporels, certaines périodes, certains moments ou évènements considérés comme cardinaux furent identifiés et retenus.

Ainsi, par exemple, nous étudierons principalement les débuts et la première partie de sa carrière professionnelle de 1935 jusqu'à 1951, car cette période fut parmi la plus dense et novatrice de son activité institutionnelle, éducative et pédagogique.

Non qu'il ne se désintéresse par la suite totalement de ces objets, même s'il prendra vis-à-vis d'eux une certaine distance, mais parce qu'il s'était fixé d'autres objectifs qui les mobilisaient moins.

Son œuvre fut en effet généreuse, diversifiée et extrêmement fertile et il ne pouvait être question de l'envisager dans sa totalité, au risque de perdre dans des digressions, fussent-elles intéressantes, le fil conducteur de notre travail.

Il existe à ce propos et nous le montrerons, car il ne l'a jamais explicitement formalisé, un fil d'Ariane des relations qu'a entretenues G. Daumézon avec des objets qui relèvent du champ des Sciences de l'éducation et nous le suivrons dans le dédale de la variété de ses activités professionnelles jusqu'au moment où il dira lui-même, désabusé par le constat qu'il en faisait au terme de sa carrière, que ce fil était désormais coupé.

Enfin, de ces réflexions intenses et prolifiques qui résultèrent de son action nous pensons possible d'en faire encore aujourd'hui une ressource, un vecteur potentiel de questionnement et d'apprentissage dans le champ psychiatrique, tel qu'il se présente dans un présent ravivant de plus en plus des problématiques oubliées ou éludées qui lui sont pourtant spécifiques.

Nous en ferons le terme de notre travail et pour cela nous évoquerons, compte tenu de certains enjeux actuels de la psychiatrie, ce qu'il serait possible de mobiliser de l'héritage qu'il nous a laissé.

PARTIE I :
UNE THESE ET UN HOMME

CHAPITRE 1. LA THESE ET SON ORGANISATION

1-1. LA PROBLEMATISATION DE L'OEUVRE DE G. DAUMEZON

G. Daumézon s'est avant tout préoccupé de soigner et c'est ce qui reste de lui au titre de sa notoriété.

Il fut aussi, nous le montrerons, un pédagogue fécond et créatif dans le domaine de la psychiatrie, sans toutefois qu'il reste aujourd'hui de cette dimension fondamentale de son activité beaucoup de traces et il suffit pour s'en convaincre de rechercher vainement son nom dans bon nombre d'ouvrages sur la question.

Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à cette énigme, non pour lui-même, qui fut la modestie incarnée, mais pour son œuvre qui mérite d'être reconnue compte tenu de l'intérêt qu'elle présente, y compris aujourd'hui, tant au niveau des soins qu'au niveau pédagogique et éducatif.

On citera, par exemple, à cet égard l'examen de sa part : des rapports entre la psychiatrie et l'institution, de la question majeure de l'aliénation⁸ et des phénomènes qui y sont afférents, celui de la spécificité du champ et des modalités thérapeutiques de cette discipline médicale, qu'il interpellera du point de vue de l'éducation et enfin celui des qualifications professionnelles des soignants et des dispositifs formatifs qui les concernent.

L'œuvre de G. Daumézon est aussi un ensemble dont on ne peut examiner séparément les éléments qui forment un tout, tenir compte de ce syncrétisme était la condition nécessaire pour mener à terme une investigation sur les dimensions éducative et formative de son action et obligeait à la concevoir dans le cadre plus général de son intention qui se voulait résolument soignante.

Il ne s'agissait pas pour lui en effet de faire de son intérêt pour les différents aspects de l'éducation et de la formation une finalité en elle-même, mais un moyen qui dans un contexte socio-historique donné, devait optimiser à la fois les conditions et la nature des prises en charge thérapeutiques dévolues aux malades.

⁸ Aliénation : d'*Aliénus* (qui appartient à un autre), d'*Aliénatus* (celui qui ne s'appartient pas). Concept juridique devenu médical, précédant et introduisant, en particulier à l'instigation de P. Pinel, la notion de maladie mentale. Ce terme fût aboli dans le champ psychiatrique en 1958, et remplacé par celui de maladie mentale.

D'ailleurs il ne considèrera jamais que sa contribution fût décisive en la matière, estimant ne pas avoir de dons particuliers sur la question.

Il dira un jour : « Je ne me suis jamais tenu pour maître et encore moins comme professeur, au maximum comme pédagogue accompagnateur de ceux que le hasard des choix avait guidé vers le service où je travaille » (Daumézon, 1968a, p.7).

Mais même si sa démarche fut avant tout et presque exclusivement pragmatique, sans souci de faire école, cela ne l'empêcha pas d'exprimer une pensée, qui ne devait rien à l'improvisation, dans le domaine de la formation et de l'éducation et cela dans un champ marqué depuis des dizaines d'années par l'immobilisme et la sédimentation de bien des idées, comme des pratiques.

Il ne détermina toutefois pour ce faire nul corpus théorique qui aurait ensuite été mobilisé, mais ne se situa que dans le domaine de la praxis, considérée ici comme une action dont le but est la recherche d'un résultat pratique, en accordant pour cela la primauté à l'activité et tel un Boccace acharné : au quotidien.

Son action sera en outre menée plus particulièrement à partir du corps professionnel des infirmiers, à qui il accordait un rôle primordial dans la prise en charge des malades, au motif essentiel pour lui que ces soignants étaient constamment avec eux pour partager leur vécu, ce que peu de personnes acceptaient de faire.

Ce vécu ne devant fondamentalement pas reposer sur un schéma virtuel prédéterminé de ce qui serait à réaliser et que l'on n'aurait plus qu'à décliner et à appliquer pour que l'un et l'autre, le soigné comme le soignant, s'y conforment compte tenu de relations préalablement normées.

Le postulat de G. Daumézon était bien différent et résidait dans le fait qu'entre le soigné et le soignant il s'agissait toujours d'une relation particulière, qui ne pouvait pas et qui ne devait pas être prévue à l'avance.

A ce titre, il fut toujours, par exemple, opposé à la systématisation de la mise en place des plans de soins⁹, s'apparentant pour lui à la simple mobilisation d'une procédure analytique sans prise en compte de la dimension existentielle de la personne et de ce qui résultait de la singularité des effets réciproques entre un soigné et un soignant.

⁹ T. Psuik en propose cette définition : « Le plan de soins correspond à des référentiels de pratiques professionnelles construits à partir du savoir d'expérience, partagé entre les professionnels de santé. Ils orientent la coordination des

Voilà qui tranchait radicalement avec les façons de faire qui commençaient à poindre à l'époque et qui trancherait encore davantage aujourd'hui dans des pratiques de l'action soignante sur autrui extrêmement fléchées et protocolarisées, le tout dans des procès que G. Daumézon ne considérait pas comme recevables et dont il craignait déjà en son temps la généralisation.

Nous aurons l'occasion de revenir également sur ce parti pris, semblant communément admis aujourd'hui, dans un domaine psychiatrique en perte d'identité, qui voudrait que pour continuer à être reconnue comme discipline soignante, si ce n'est scientifique, il faudrait « faire » comme cela se passe dans le domaine des soins que l'on pourrait qualifier de somatiques et relevant de la médecine générale, propension à l'imitation et à une dilution de la spécificité psychiatrique que G. Daumézon réfutait et refusait totalement.

En attendant d'étudier les raisons qui furent à l'origine de ses diverses prises de positions, il n'en demeure pas moins que principalement, pour G. Daumézon, il fallait traiter, voire soigner, ce vieil asile thérapeutique esquirolien¹⁰ devenu surtout coercitif, tout autant que prendre en charge les personnes malades qui s'y trouvaient, double préoccupation qui pour lui n'allait pas l'une sans l'autre.

Cette intention sera constante et majeure pendant deux décennies au moins de son activité professionnelle, afin et en tout premier lieu de lui enlever son caractère institutionnellement aliénant, condition impérieuse selon lui pour permettre aux soins de s'y réaliser avec plus d'efficacité¹¹.

Pour cela il fut d'emblée persuadé qu'il fallait se préoccuper différemment des phénomènes de socialisation qui étaient la cause principale de cette aliénation et qui permettaient son maintien dans une institution où elle régnait en maître.

Il s'agira alors de son point de vue de se situer dans une vision interactionniste et dynamique de la modification de ces institutions, en l'espèce psychiatriques, à partir du changement radical, par une approche inter-relationniste, de la nature des échanges caractérisés par les actions des individus qui s'y trouvaient (Castel, 1976).

évaluations cliniques réalisées auprès des patients. Le sens du soin est alors visible par tous et les soignants agissent dans la perspective des indicateurs de résultats précis et mesurables centrés sur la personne malade » (2013, p.61).

¹⁰ J-E. Esquirol développa et consolida dans les faits l'idée émise par P. Pinel, dont il fut l'élève et le successeur, que l'asile devait être considéré comme un espace de soins et un outil thérapeutique.

¹¹ N. Henckes (2009) précisait que pour G. Daumézon comme pour d'autres psychiatres, car cette intention était partagée, il s'agira d'abord non d'innover dans le registre des prises en charge, on pense, par exemple, à la mise en place des structures et des pratiques dites par la suite de secteur (extrahospitalières) mais de poursuivre un travail de transformation de l'institution, déjà entamé par certains de leurs prédécesseurs, même s'il n'était alors qu'embryonnaire.

Aussi et parce que les infirmiers étaient les acteurs majeurs de cette démarche de socialisation, fit-il rapidement le choix de mobiliser et de mettre en œuvre des processus éducatifs et pédagogiques qui soient, il le souhaitait, actifs, transformateurs et émancipateurs, tant au niveau des soins proposés aux malades, par l'interpellation de l'éducation, mais aussi et c'est là son action la plus novatrice, à celui des formations relatives au personnel soignant en utilisant des méthodes pédagogiques actives.

Pour conclure, les différents points que G. Daumézon a selon nous principalement interpellés dans le champ des Sciences de l'éducation sont les suivants :

Le premier est relatif à la mobilisation, à des fins d'accompagnement thérapeutique, des activités socialisantes, dont principalement celle du travail, ce qui nous semble pouvoir s'articuler aux travaux d'A. Makarenko par exemple sur les communautés éducatives et les apprentissages qui résultent des interactions sociales alors mises en œuvre.

Le second procède de l'interpellation de la pédagogie active et institutionnelle par analogie et inférence avec le projet de thérapie institutionnelle qu'il mettra en place.

Le troisième envisagera plus particulièrement l'incidence des processus éducatifs et les raisons de leur mobilisation dans ce qui relève a priori et au départ du soin et d'une prise en charge soignante notamment pour les personnes qui souffrent de psychose.

Le quatrième résulte de la mise en questionnement de la notion du savoir infirmier et interroge les problèmes relatifs aux modalités de sa constitution et de sa reconnaissance professionnelle et sociale.

Ce savoir était pour G. Daumézon directement issu de la praxis de la vie quotidienne et il estimait à ce titre qu'il pouvait et devait être reconnu dans sa singularité et ne plus être dépendant de la domination exercée sur lui par celui des médecins.

G. Daumézon était-il un pédagogue dont l'œuvre pourrait toujours être une source actuelle¹² d'inspiration, de réflexion ? Nous allons nous attacher à essayer de répondre à cette double interrogation au sujet d'un homme qui à divers titres ne laissera jamais indifférents ses contemporains.

¹² Pour F. Dosse : « le travail de l'historien passe aussi par le dépassement de la coupure présent-passé [...] afin que la connaissance du passé serve une meilleure intelligibilité de notre société » (1987, p.259).

Dans le champ de la psychiatrie enfin, qui sera son domaine de prédilection, il fut aussi exemplaire de son époque en cristallisant dans son action un ensemble d'aspirations dont il se fit souvent l'interprète et le porte-parole. Il fût aussi un metteur en œuvre tout aussi réfléchi, portant sur un environnement auquel il nous permet d'accéder, un regard aigu et perspicace.

C'est cette démarche, ce projet de G. Daumézon que nous allons maintenant relater dans des conditions et avec des formes qui seront précisées, en débutant par la présentation de celles qui sont relatives à l'investigation socio-biographique, approche méthodologique que nous avons retenue pour réaliser notre travail.

1-2. LA SOCIO-BIOGRAPHIE

La socio-histoire et la socio-biographie¹³ sont deux formes d'investigation scientifiques, certes spécifiques, mais dont le dénominateur commun relève du social et de ce qui l'étudie : la sociologie, la première, ayant été le creuset dans lequel s'est forgée la seconde.

L'histoire en effet qui s'était préoccupée pendant longtemps et principalement de l'étude des faits a progressivement accordé de plus en plus d'importance à l'examen des représentations humaines considérées comme leurs corollaires, à ces catégories de pensée que l'on a qualifié un jour de mentalités (Bloch, 1924 ; Febvre, 1947) et qui sans conteste renverraient aujourd'hui à certains aspects de la psychologie sociale, ou aurait pour le moins un lien de filiation avec ce que l'on appelle l'histoire sociale des représentations, dans le contexte plus général de l'histoire culturelle (Ory, 2004).

Si l'histoire est sociale et qu'elle y trouve sa source (Burguière, 2006) elle interpelle également au titre de son investigation, à la fois le champ de l'histoire et celui de la sociologie¹⁴.

J. Guilbert précisera ce que l'on peut en attendre :

« L'éclairage conjoint de l'histoire et de la sociologie favorise la mise en lumière du contexte historique et social dans lequel se déroulent les événements : aux premières explications qui vont de

¹³ Si leur intention réciproque commune est de procéder à une lecture sociologique des faits et des phénomènes historiques, la socio-biographie se caractérise comme appartenant au champ de la micro-sociologie et de la micro-histoire, tout en se centrant sur et à partir d'un acteur social en particulier.

¹⁴ Pour certains auteurs le fait historique ne peut pas plus que le fait social faire abstraction qu'ils relèvent d'abord du fait humain (Mauss, 1923-1924 ; Monnerot, 1946 ; Duby, 1992).

soi, l'étude du contexte permet d'apporter des arguments supplémentaires : les contraintes matérielles et environnementales, les mentalités et les représentations, les phénomènes sociaux et économiques, etc. » (2002, p.132).

Selon G. Noiriel (2006) cela permet ainsi d'accéder à ce qu'il appelle des « objets institutionnels », rendant plus lisibles les différents éléments qui les composent, tout en examinant avec une compréhension accrue les interactions entre les individus et les institutions sociales.

Cette action de « démaillage » est aussi pour lui à la fois le moyen privilégié et pertinent d'aller à la genèse des phénomènes sociaux et de mieux cerner la façon dont les individus en ont de façon inconsciente intériorisé les valeurs.

On remarquera que l'on considère alors les institutions, par exemple celle de l'asile puis de l'hôpital psychiatrique, prises en compte dans notre travail, comme devant se distinguer de leur matérialité, qui n'est jamais que partiellement apparente.

Elles seront plutôt envisagées en effet comme étant l'aboutissement agrégé et désincarné des modes de construction abstraits et invisibles résultant de la réciprocité des actions et des échanges sociaux entre les individus (Simmel, 1908).

Si l'histoire n'est pas que celle des faits mais aussi conjointement celle des idées et des représentations mentales qui y sont afférentes (Dosse, 2000, 2003), cela pose à terme la question controversée de la dimension collective d'instances mentales que l'on chercha à singulariser afin de pouvoir les étudier.

La polémique porta principalement sur le problème de la substantialité des mentalités, car pour prétendre à cette dimension collective on chercha à regrouper parfois artificiellement et autours de valeurs de cohésion fédératrices, des registres de perceptions, de représentations, de sentiments, d'affects et de conduites, en omettant fréquemment de prendre en compte la variabilité de leur définition et l'absence de leur potentiel avéré de causalité, une corrélation n'étant pas une cause (Coninck & Godart, 1989 ; Poirrier et *al*, 2008).

Sans entrer dans la complexité et l'effectivité de ce qui faisait problème on peut toutefois constater avec A. Bourreau que s'il est utopique de prétendre accéder à ce qui serait

du registre d'une telle « instance mentale collective »¹⁵, on peut par contre envisager que : « La version psychologue de l'histoire des mentalités pose au moins une question principale : comment le collectif peut-il habiter les agents de l'histoire ? » (1989, p.1495).

On considéra possible d'essayer d'y répondre par l'utilisation de matériaux biographiques en supposant que l'étude d'un acteur permettait d'accéder, afin de mieux les comprendre, aux contextes socio-historiques dans lesquels ses actions, en elles-mêmes porteuses de sens s'étaient réalisées (Thomas & Zaniaki, [1919], 1998).

Selon D. Martucelli, cela conduira à : « Chercher des opérateurs susceptibles de rendre compte (traduire) des grands enjeux d'une société à l'échelle des individus, puisqu'elle prend conscience que désormais le social n'a de sens qu'en référence aux expériences individuelles¹⁶ » (2010, para.12).

Ces tentatives pour appréhender la signification des actions humaines, mais aussi pour prendre en compte les expériences ainsi que la réflexivité du sujet, dans une démarche globale d'interprétations et d'explications causales, s'apparenteront en outre à une approche que l'on qualifiera de compréhensive, attestant d'une filiation directe avec la sociologie¹⁷ (Drulhe, 1985).

Par ailleurs cette démarche peut être effective et potentiellement significative, alors qu'elle ne considère et ne concerne qu'un seul acteur principal (Febvre, 1947 ; Ariès, 1975), ce qui introduit à la notion de biographie, à la condition que celui-ci ne soit pas remarquable et exceptionnel, comme on pourrait l'imaginer, mais plutôt exemplaire, c'est-à-dire proche des acteurs communs tout en étant suffisamment singulier toutefois pour qu'il puisse s'en distinguer et ainsi être identifié.

¹⁵ On remarquera aussi que pour M. Weber (1913) comme pour G. Simmel (1908) il n'y a pas à proprement parlé de « Sujet collectif » et la démarche vise donc à envisager et à expliquer les comportements collectifs par la prise en compte du résultat des effets des interactions des individus entre eux.

¹⁶ W. Dilthey ([1910], 1988) parlera en l'espèce d'un essai d'objectivation de la vie qui se propose d'investiguer les champs de constitution et d'évolution des groupes sociaux.

¹⁷ Cette sociologie se fonde sur le postulat que la réalité sociale n'est pas le résultat des modèles conceptuels qui se proposeraient de la définir, mais celui du quotidien des individus qui y vivent (Maffesoli, 1985, 2014 ; Soulet, 1987 ; Dubet, 2009 ; Moscovici, 2013). Comprendre le social, c'est donc participer à la construction de la réalité de ce social où l'individu non seulement n'est pas absent, mais en est à l'origine, nous pourrions dire qu'il en constitue l'essence même. L'acteur étant central et la compréhension de son action ne pouvant se faire qu'à partir de lui-même, il faut donc pouvoir accéder à ses représentations et à leurs significations (Simmel, 1908 ; Weber, 1913, Dilthey, 1947, Dosse, 1995).

P. Ariès disait lui-même : « Tout ce qui peut ressortir d'une inspiration individuelle, ne peut trouver forme et style que s'ils (les acteurs de référence) sont à la fois proches et un peu différents du sentiment général de leur époque » ([1975]1977, p.17).

C'est à ce titre, que sera ici retenue la personne de G. Daumézon, qui nous le montrerons correspond à cette nécessité homologique précitée, tout en se singularisant suffisamment de ses semblables dans certains domaines de pensée et d'action, en particulier dans les champs de l'éducation et de la pédagogie, ce qui permettra d'en étudier les dimensions novatrices.

Toute approche socio-biographique ne vaut par ailleurs que si l'on s'attache, ce que nous ferons, à déterminer avec précision les différents constituants du terrain et le périmètre dans lequel l'acteur est amené à agir, car pour le chercheur ses actions ne peuvent prendre sens que dans des ensembles qui sont eux-mêmes signifiants (Bertaux, 1997).

Différents matériaux biographiques de l'acteur pris en compte peuvent et doivent être sollicités lorsqu'ils concourent à l'explicitation de la situation envisagée par la problématique, ici l'examen des relations qu'il a pu y avoir entre l'éducation et la psychiatrie et le sens qu'elles ont pu revêtir¹⁸.

Toutefois tous les matériaux biographiques ne seront pas mobilisés, car il ne s'agit pas de procéder à la réalisation de la biographie approfondie de l'ensemble de la vie de cet acteur, mais d'utiliser des éléments de cette existence articulée aux temps forts et cardinaux de son œuvre et qui sont porteurs de sens par rapport à l'objet de la recherche.

Par ailleurs si on ne peut pas, dans le contexte de ce travail, relater l'activité et l'œuvre professionnelles de G. Daumézon sans retracer une partie de ce qu'a été sa vie, les deux étant irrémédiablement et indiciblement liées (Todorof, 2009), on retiendra également qu'il était un homme considérant absolument que sa vie privée ne concernait que lui et qui n'en faisait jamais état en public.

Toujours lorsqu'elle menaçait d'être exposée indiquera F. Tosquelles qui le connut bien : « il opposait une fin de non-recevoir [...] à ce qu'il croyait être une demande de dévoilement en public de sa vie privée » (1980, p.53).

¹⁸ L'approche compréhensive de l'œuvre de G. Daumézon procédera d'un double mouvement où l'explication sera relative à l'élucidation et la mise en évidence d'un système de relations qu'il établira entre la psychiatrie et l'éducation et l'interprétation résidera dans le fait de conscientiser et de questionner le pourquoi du sens qu'ont pu avoir ces relations (Drulhe, 1985 ; Watier, 2002 ; Bonicco, 2007).

Cette exigence profonde et sans concession du respect de cette intimité sera ici prise en compte et contribuera à ne retenir de sa vie privée que les éléments nécessaires à la compréhension de son œuvre scientifique et à la réalisation de notre intention de recherche¹⁹.

Nous émettrons donc en définitive, l'hypothèse que l'étude socio-biographique de cette œuvre concernant les relations entre la psychiatrie et l'éducation (dans son acception générale) sera révélatrice, sans y être résumée, des fondements de sa démarche et de sa singularité ainsi que du contexte socio-historique dans lequel ses actions naquirent et se réalisèrent.

La socio-biographie s'inscrivant comme une méthode d'analyse des microprocessus, permettant de rendre lisible ce qui constitue une communauté sociale, était également tout à fait adaptée pour investiguer l'institution psychiatrique tel que nous nous proposons de le faire.

Nous concluons avec C. Niewiadomski sur l'usage des approches biographiques en précisant qu'elles permettent : « De mettre en rapport des données empiriques, c'est-à-dire les faits et les constructions théoriques dans une perspective que nous qualifierons de constructiviste (grâce) [...] aux interactions des pratiques langagières » (2012, p.65).

Ces sources et pratiques langagières, sous différentes formes écrites et orales, seront au titre de leur production les principales ressources informatives, le matériau à partir et sur lequel nous travaillerons, aussi allons-nous maintenant en présenter leurs natures, leurs origines et leurs référencements.

1-3. LES RESSOURCES ET SOURCES MOBILISEES

1-3-1. Introduction

Plus précisément et si on excepte les situations d'observation directe menées par le chercheur, lorsque l'on travaille sur des acteurs, des événements et des situations du passé on se réfère pour les appréhender à des récits qui vont leur donner sens (Drulhe, 1985).

¹⁹ Lors de son activité de cinéaste du « quotidien psychiatrique » G. Daumézou appliqua cette stricte exigence du respect de la vie privée et ne filma jamais les soignés et les soignants que de loin, ou juste leurs regards afin que l'on ne puisse les reconnaître. Ces images contribuèrent à la réalisation en 2008 du film *Asylum* de C. Berstein.

Ces récits, ces énoncés narratifs qui se situent dans le registre des ressources et sources langagières, prennent classiquement deux formes principales, écrites et orales, que nous avons mobilisées.

1-3-2. Les sources écrites

Nous avons travaillé au niveau des écrits sur des archives publiques ou privées et des fonds documentaires : ouvrages, articles de revues, rapports, études, textes législatifs et réglementaires, comptes rendus de séances publiques, de congrès, de séminaires, de journaux d'établissement, de courriers issus des Centres d'archives et de fonds documentaires suivants :

Archives de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris.

Archives de l'Institut de formation en soins infirmiers G. Daumézon.

Archives numériques : Gallica de la Bibliothèque Nationale de France.

Bibliothèque médicale Henri Ey du Centre hospitalier de St Anne.

Bibliothèque du Centre psychothérapique départemental de Monfavet.

Centre des Archives du Département du Nord.

Centre de documentation de l'EPSM de L'Agglomération Lilloise.

Centre de ressources documentaires de l'EPSM de Lille Métropole.

Centre de documentation du Centre hospitalier Départemental Georges Daumézon de Fleury-les-Aubrais.

Centre de documentation de l'EPSM de Prémontré.

Centre de documentation de L'EPSM de St Venant.

Centre de documentation et d'archives de l'EPSM Ulysse Trélat.

Documentation privée du Dr Bieder.

Réseau documentaire en santé mentale : Ascodocpsy²⁰.

²⁰ Regroupant en 2017, 100 établissements publics et privés concernés par la santé mentale.

Les principales revues régulièrement consultées ont été :

Les Annales médico-psychologiques, numéros de 1872 à 2014.

L'Evolution psychiatrique, numéros de 1956 à 2015.

L'Information psychiatrique, numéros de 1947 à 2014.

Psychiatrie française, numéros de 1978 à 1987.

1-3-3. Les sources orales

Un appel à la mémoire orale²¹, sous la forme d'entretiens, a été mis en œuvre avec des personnels de santé (médecins et infirmiers) dont certains ont exercé en psychiatrie en même temps que G. Daumézon, à des moments plus ou moins différents de sa carrière, dans des conditions qui s'apparentaient à celles que lui-même avait connues.

Il convient de préciser, en ce qui concerne ces conditions, que c'est le cadre général : nature d'établissement, législation et réglementation, statut et qualification des personnels qui étaient similaires, l'institution en elle-même considérée dans sa fonction dynamique, instituante, faisant l'objet d'une grande variabilité de cas de figure.

Ainsi à la même date et selon l'établissement on trouvait en même temps des services ouverts ou fermés, une activité sectorielle (extérieure à l'hôpital) développée ou pas, des ateliers thérapeutiques mis en place ou pas, sans parler de leur nature. Certains des témoins ont donc été appelés à « vivre » des problématiques identiques à des périodes parfois espacées de 10 ans ou plus.

Il importait de mobiliser cette source complémentaire d'informations comme autant de points d'ancrage effectifs et vivants, dans et de, la réalité. Certes celle-ci est celle du témoin, mais sans prétendre à une vérité qui serait autre que celle circonscrite à sa propre sphère, elle est néanmoins et sans conteste la sienne et à ce titre recevable.

Cette ressource sera aussi considérée comme la possibilité de permettre un éclairage supplémentaire et une aide complémentaire de ce qui sera investigué et questionné du passé. (Wieviorka, 1998 ; Duclert, 2002).

²¹ Pour P. Ricoeur (2000a, 2000b) et P. Joutard (1983) l'histoire repose à la fois des mémoires archivées qui sont préservées et sur le témoignage et la mémoire des contemporains. Selon F. Dosse (2005) il n'est en outre pas pertinent d'opposer histoire et mémoire, leur complémentarité ne faisant que souligner la dimension nécessairement humaine de cette histoire, qui ne peut se limiter à des faits et à des événements, mais qui tient compte également de leurs significations et de la façon dont celles-ci se sont construites et ont évolué de façon mémorielle.

Afin d'atteindre ces objectifs des entretiens ont été effectués entre de 2012 à 2016 avec : M^{ds} Z. Duponcheel, M. Portois, M^{rs} P. Bourgeois, G. Charlet, R. Mokthar, C. Dognon, les D^{rs} J. Bieder, M. Breton et le P^r P. Delion.

Cette démarche a été complétée par une enquête réalisée à partir de 12 entretiens semi-directifs en 2015 et 2016, afin d'identifier en quoi il y avait aujourd'hui survivance des problématiques abordées en son temps par G. Daumézon.

1-3-4. Les sources photographiques et filmographiques

Sources photographiques :

EPSM de L'Agglomération Lilloise.

Centre Hospitalier Départemental Georges Daumézon de Fleury-les-Aubrais.

Alexandre, J-Y. (dir) (2013, Mars). *Lommelet, l'Histoire continue*, document non publié.

Revue VST.

Sources filmographiques :

Asylum de C. Berstein, Web producteur : <http://www.parisbrestproduction.com>

Dutertre In : Cinémathèque de Bretagne : http://www.cinematheque-bretagne.fr:30ans_30appareils-N_6

1-4. LES CONDITIONS DE LA MISE EN RECIT

1-4-1. Introduction

Le récit est un acte d'écriture qui procède d'un mode de construction qui n'est pas que littéraire mais qui vise à répondre, par une approche stratégique de la narration, à une mise en intrigue²² selon des attendus et des choix relevant du rédacteur.

Ce récit est donc à la fois finalisé, mais il est aussi relatif et inachevé du point de vue du lecteur puisqu'il relève des intentions du narrateur, aussi importait-il ici d'en exposer les grandes lignes directrices, qui ont conditionnées les modalités d'exposition de notre travail.

Nous les avons agrégées en trois questions principales qu'il nous semblait important d'évoquer : celle de la chronologie, puis celle des savoirs mobilisés et de leur capitalisation et enfin celle de la subjectivité.

1-4-2. La question de la chronologie

Toute dimension chronologique est nécessaire pour articuler dans un récit des événements entre eux tout en respectant la nature de leur contingence (Morin, 1972 ; Ricoeur, 1983).

Ainsi lorsque l'objet principal de notre travail est d'envisager en quoi et comment G. Daumézon fit œuvre de pédagogue, il est évident que ces interrogations ne peuvent trouver place en dehors du contexte plus général de sa carrière de médecin.

Toutefois tout ce qui a constitué l'ensemble de cette carrière ne sera pas mobilisé, notamment les éléments ne sont pas reliés ou articulés de façon principale à l'objet de notre travail²³. Pour cette raison nous n'aborderons pas par exemple, parmi tant d'autres, ses

²² P. Ricoeur (1983), précisera que les récits historiques et c'est en cela qu'ils ne sont pas fictionnels, se doivent d'intégrer dans leur élaboration des traces temporelles, des dates et diverses composantes matérielles : archives, sources documentaires etc. Toute mise en intrigue (*mimesis*) procède donc à la fois d'une démarche de synthèse de cette hétérogénéité et de leur structuration dans la temporalité, c'est ce qui est permis par l'acte de la narration. On remarquera également que pour P. Veyne (1971) cette mise en intrigue narrative qui concourt à l'approche compréhensive du récit résulte d'une démarche du rédacteur qui est déjà en elle-même explicative.

²³ O. Coquard par exemple dans sa thèse relative à J-P. Marat (1993) fait principalement débiter son travail alors que celui-ci était déjà âgé de 45 ans au motif que rien ne l'avait distingué en quoi que ce soit avant le début de la période révolutionnaire. Nous verrons qu'il en ira de même pour G. Daumézon, de façon plus précoce toutefois et que l'on peut situer à 1935, il avait 23 ans, le premier acte majeur qui le singularisera définitivement dans le champ qui nous intéresse.

activités médico-légales ou de juriste ou certains projets strictement expérimentaux qu'il mena au niveau thérapeutique.

Par contre c'est pour le même motif que nous nous consacrerons principalement à l'étude de ses débuts et de la première partie de sa carrière professionnelle, de 1935 jusqu'à 1951, car cette période fut la plus dense et novatrice de son activité à la fois institutionnelle et pédagogique²⁴.

Les autres périodes seront également retenues compte tenu d'évènements qui y ont eu lieu et qui étaient en lien avec des problématiques trouvant leur place dans le domaine de référence des Sciences de l'éducation qui est le nôtre.

Afin de rendre accessible, cohérent et compréhensible la totalité de son action dans le champ de l'éducation, nous examinerons successivement et chronologiquement, les points cardinaux et principaux suivants : sa thèse de doctorat en médecine, la période de la Seconde Guerre mondiale et le Congrès de Montpellier, son activité à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, sa collaboration avec les CEMEA, les rencontres de Sèvres et le Congrès d'Auxerre, pour terminer par le dernier article qu'il publia et qui pris par la suite l'allure de son testament en la matière, puisqu'il décéda six mois après sa publication.

1-4-3. La question des savoirs et de leur capitalisation

Nous ne débiterons pas notre exposé rédactionnel par un état général de l'art, l'objet même de l'approche socio-biographie qui a été retenue ne s'y prêtait pas, la littérature extraite des corpus théoriques sera donc mobilisée au fur et à mesure de l'évolution des sujets et au fil du déroulement du travail, compte tenu de la pertinence qu'il y avait à le faire en terme de nécessités compréhensives et explicatives.

Ce faisant notre intention générale a ainsi été de procéder à une démarche de capitalisation des savoirs allant au-delà de certaines logiques disciplinaires²⁵.

C'est ainsi que nous avons privilégié une interpellation factuelle, dialectique et synergique des contenus, des théories et des pratiques des Sciences humaines et sociales

²⁴ Cette période qui se déroulera principalement à l'Hôpital de Fleury-les-Aubrais constitua comme le disait R. Gintis (1970) une sorte de laboratoire *in vivo*, où l'on pouvait questionner sur le fond la problématique de l'institution psychiatrique et explicitement interroger les démarches que G. Daumézon y avait entreprises, au niveau soignant comme éducatif.

²⁵ Pour G. Simmel (1908) toute démarche de recherche devait se prévaloir d'une approche socratique où primait la curiosité et l'indépendance de pensée et il postulait que pour atteindre cet objectif, l'interpellation de toutes les sciences était nécessaire, une seule ne pouvant prétendre y suffire.

que nous avons convoquées et du matériel narratif qui était mobilisé pour ce faire (Bertaux, 1997 ; Fabiani, 2015).

Cela nous semblait d'autant plus nécessaire qu'il apparaît désormais de façon explicite que le chercheur est de moins en moins le théologien d'une matrice compréhensive et explicative générale des phénomènes sociaux, mais de plus en plus en plus un « artisan-producteur » d'une lisibilité et d'une compréhension de ces phénomènes qui, compte tenu de la nature de leurs diversités, tendent à se circonscrire à la sphère de leur émergence (Dubet, 1994, 2009).

Par ailleurs, selon C. Niewadowski (2012) les approches biographiques, si elles sont très diversifiées, renvoient toutes à la place importante qu'elles accordent au sujet considéré comme étant en « situation sociale », c'est-à-dire à la fois comme construisant le social tout en étant modelé par lui.

L'auteur faisant référence à V. de Gaulejac (2009) distinguera à cet égard quatre sujets différents : le sujet social dans son rapport à la société, le sujet socio-historique pour le contexte qui est celui de la réalisation de son existence, le sujet réflexif puisque sa relation au monde est pensée et enfin le sujet acteur car il se révèle dans les actes qu'il produit.

Le champ à explorer n'est donc pas celui de l'unicité et de l'unité élémentaire mais celui de la multiplicité et de la complexité, sans qu'il n'existe une métathéorie pour en englober l'ensemble.

Le problème de l'interpellation, de la mobilisation et de la capitalisation des savoirs est ainsi posé selon J-L. Fabiani (cité par Navarre, 2015) comme peut l'être celui de la combinaison nécessaire de courants de pensée qui s'ignorent ou parfois s'opposent, alors qu'ils devraient se compléter de façon dialectique et non segmentée (Pagès, 1965).

Chaque discipline scientifique peut alors apporter, selon les interpellations du chercheur, à la compréhension de l'ensemble et nous n'hésiterons pas à les mobiliser dans ce travail²⁶ qui veut s'adosser explicitement, compte tenu de son objet, à une démarche de transdisciplinarité, reflet de la dimension que nous considérons comme holistique de la nature humaine et de la conception que nous avons des Sciences de l'éducation.

²⁶ Cela se fera dans le corps du texte, dans les renvois bibliographiques et dans les notes complémentaires de bas de pages.

1-4-4. La question de la subjectivité

Cette question se pose toujours lors d'une mise en récit et procède de ce qui a fondé les choix qui ont été faits par le chercheur²⁷.

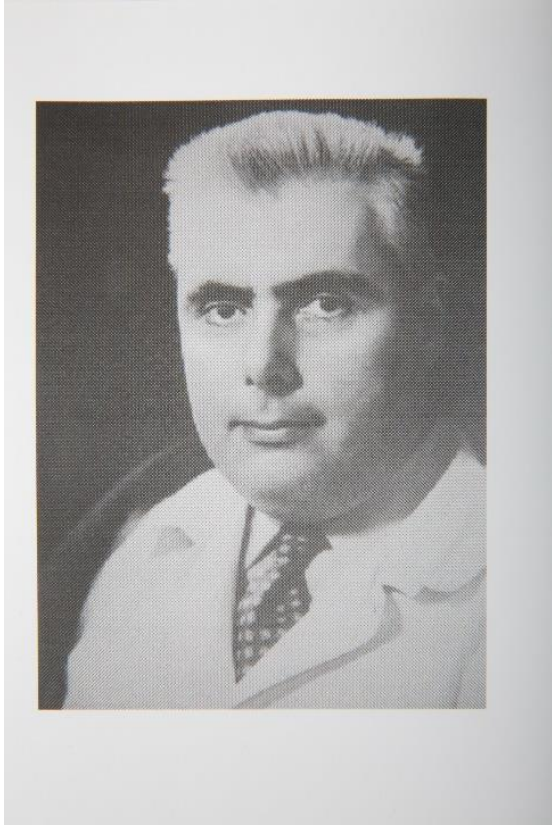
Elle est aussi spécifique, mais selon nous non exclusive, d'une démarche qui se veut compréhensive, toute démarche de compréhension de l'activité humaine passe en effet nécessairement par celle de sa propre activité et de sa propre condition humaine et impose de façon impérieuse une prise de distance axiologique par rapport à sa subjectivité.

Il convient pour cela d'avoir éminemment conscience de cette dimension subjective, c'est ce à quoi nous nous sommes attachés, en l'acceptant afin de la travailler, de la questionner et de la maîtriser en nous fixant l'exigence de dépasser nos propres cadres de référence²⁸.

²⁷ M. Weber (1913, 1921) dira à cet égard que si le chercheur est mobilisé ce n'est pas seulement compte tenu de ce qu'il sait, mais aussi de ce qu'il est.

²⁸ P. Ricœur (1974) postulera qu'il n'est guère possible d'éliminer la subjectivité intrinsèque à la nature humaine, que ce soit celle des acteurs comme celle du chercheur, faute de tomber dans le piège épistémologique qui veut que ceux qui visent et ambitionnent de faire abstraction de la subjectivité dans les Sciences humaines sont par essence des êtres subjectifs.

CHAPITRE 2. G. DAUMEZON : UNE PERSONNE, UN PERSONNAGE



Différentes photographies de G. Daumézon



2-1. INTRODUCTION

En ce qui concerne l'exposé des éléments de la biographie de G. Daumézon nous avons fait le choix de présenter d'abord ceux qui seront constitutifs du socle sur lequel reposeront les fondamentaux identitaires de sa personnalité future, ce qui nous permettra de mieux la connaître, mais aussi et surtout de mieux la comprendre.

M. Halbwachs (1925) soutient à cet égard que les souvenirs de chacun, modelés par la mémoire collective du groupe, structurent de façon déterminante notre identité, celle-ci s'organiserait à partir du groupe d'appartenance, compte tenu de sa mémoire collective et du lien social essentiel qu'elle représente.

Une identité toutefois que l'on appréhende à partir de ce que l'on peut en discerner²⁹ et nous verrons que G. Daumézon ne donnait guère d'informations en la matière, néanmoins et toutefois selon P. Tournier : « celles-ci ne dépendent pas de l'homme lui-même et seulement, mais de nous-même et de tout le milieu auquel il appartient » (1980, p.17).

Aussi pour tenter de mieux cerner la personne qu'était G. Daumézon nous ferons appel à ceux qui l'on rencontré, côtoyé et qui ont travaillé avec lui, nous remarquerons qu'à bien des égards ils en avaient la même perception.

Enfin nous déclinons de façon chronologique et à partir de ses points saillants les principales étapes de sa carrière professionnelle.

2-2. LE BERCEAU CEVENOL D'UN CAMISARD ET D'UN SCOUT

A proprement parler Georges Louis Daumézon n'est pas né dans les Cévennes mais dans l'Aude, à Narbonne précisément, le 3 Juin 1912, sa famille toutefois était bien originaire de ce terroir juste voisin au niveau géographique.

G. Daumézon y grandira et quelques soient les lieux de résidence imposés par ses différentes affectations professionnelles, il restera toujours très attaché à cette région montagnaise du sud de la France, située entre l'Auvergne et le Languedoc.

²⁹ Selon R. Linton : « l'individu et son environnement constitue une configuration dynamique dont les parties sont si étroitement imbriquées les unes dans les autres, par une interaction si constante, qu'il est extrêmement difficile de dire où se situe la frontière entre les deux » (1945, p.92).

Il aimait cet espace, où selon F. Tosquelles il s'était profondément et définitivement enraciné et qu'il parcourait fréquemment, se nourrissant sans limite de cette terre contrastée où dominaient tout à la fois le roc et le granit, de vastes parties herbeuses et des forêts profondes qui aux dires des anciens redevenaient rapidement sauvages dès que l'homme ne les maîtrisait plus.

Par la suite, il y retournera régulièrement et c'est là qu'en prévision de ses « vieux jours » il choisira d'implanter sa résidence secondaire, dans une ancienne maison paysanne située à l'intérieur du périmètre que G. Gusdorf appelait le sanctuaire du Désert Cévenole³⁰.

S'il évoque cette notion c'est qu'elle fait explicitement référence à une des caractéristiques historiques majeures des Cévennes. Nous sommes en effet en terre huguenote, au pays des camisards³¹ et il est certain que ce faisant il veut souligner que la vie entière de G. Daumézon fût très fortement marquée par cette dimension religieuse et par son histoire, empreinte selon P. Joutard (1976) d'une véritable culture des camisards.

Nous rappellerons rapidement qu'en 1685, la révocation de l'Edit de Nantes³² entraîna l'interdiction de la pratique de la Religion réformée. Cela provoqua immédiatement et pour longtemps dans les Cévennes des troubles et des exactions massives et impitoyables et de nombreux villages furent ravagés, 450 par exemple entre 1703 et 1704 pour les seules troupes du Maréchal de Montrevel, voire complètement détruits et leurs habitants entièrement tués (Mazel & al, 1983).

Rien pourtant ne brisa la résistance de la population cévenole, massivement protestante et les persécutions ne cessèrent effectivement qu'en 1787 après plus d'un siècle, lors de la rédaction de « l'Edit de Tolérance³³ ».

L'église Réformée n'était certes pas reconnue officiellement mais elle avait survécu et existait toujours dans les faits et dans la pratique.

Catholiques et protestants apprirent alors peu à peu à cohabiter les uns avec les autres, non sans mal parfois, ainsi jusqu'en 1950 les mariages entre les deux communautés posaient encore des problèmes délicats à résoudre.

³⁰ Dans ce contexte c'est un terme qui vient de la Bible à l'époque où les juifs se réfugièrent dans le désert pour pouvoir y pratiquer leur religion, les cévenols connurent deux périodes de Désert, la seconde dura de 1685 à 1789.

³¹ Les camisards étaient en majorité des paysans et des petits artisans qui combattaient vêtus d'une simple chemise, d'où leur nom qui vient de l'occitan et du languedocien : *camisa* qui veut dire chemise.

³² L'Edit de Nantes signé par Henri IV le 13 Avril 1598 fût révoqué par l'Edit de Fontainebleau signé par Louis XIV le 18 octobre 1685.

³³ L'Edit de Tolérance fût signé à Versailles par Louis XVI le 7 Novembre 1787 et enregistré au Parlement le 29 Janvier 1788. Concernant à la fois les protestants et les juifs il donnait aux non-catholiques un statut juridique et civil.

G. Daumézon se plaisait lui-même à raconter que s'étant perdu lors d'une promenade la vieille femme à qui il demandait sa route l'interrogea d'abord sur sa confession et n'accepta de lui répondre que parce qu'il n'était pas catholique.

G. Gusdorf affirmera que l'on ne peut pas comprendre G. Daumézon si on ne comprend pas où il a grandi car selon lui il y avait acquis :

« Une spiritualité du fond des âges tellement ancrée en lui et avec une telle force qu'il se demanda s'il ne s'était pas posé la question d'être un jour pasteur, en tout cas il présentait toutes les caractéristiques d'un camisard réfractaire, insoumis et sauvegardant un non conformisme irréductible » (1980, p.43).

Il ajoutera :

« A l'arrière-plan de ses faits et gestes, de ses comportements et de ses propos, l'horizon des montagnes se profilait sur un ciel libre ; Daumézon était à l'image de cette terre de lutte, de résistance, de foi inextinguible, dépouillée de ses atours [...] il ne fait aucun doute que sa vie et ses travaux portent indubitablement la marque de ce terroir religieux dont il était issu³⁴ » (*ibid.*, p.44).

Selon P. Delion : « c'était un protestant avec un patrimoine génétique de rigueur et de droiture remarquable, il n'y avait pas d'entorse à cela » (entretien avec Krzyzaniak, 2016).

Protestant-cévenol dans l'âme, il participa également et pour très longtemps³⁵ au mouvement de scoutisme des « Eclaireuses et des Eclaireurs de France » de mouvance protestante, même si l'appartenance à cette confession n'était pas obligatoire pour en faire partie.

Il ne fait là encore pas de doute pour ceux qui le connurent, et toute sa vie en attestera, que le scoutisme fut sans conteste l'une de des principales options qui contribua à l'élaboration de son personnage et à la façon qu'il aura d'envisager l'autre dans sa singularité et au sein d'un nécessaire collectif, où le partage se cultivait avec simplicité, G. Gusdorf précisait à cet égard :

« Parce que Daumézon y trouvait la liberté dans la pensée et dans l'action, la rencontre avec l'autre et le partage se cultivaient dans l'amitié et la fidélité et il put enfin y laisser s'y épanouir un trait des plus marquant de sa personnalité : Daumézon était un meneur de femmes et d'hommes ; il en avait indubitablement les qualités et viscéralement le besoin » (1980, p.45).

³⁴ A. Amar (2007), qui fut interne dans le service de G. Daumézon précisait que son bureau se composait entièrement de meubles originaires de sa région natale.

³⁵ En 1936, G. Daumézon était âgé de 24 ans et tout en étant médecin et interne en psychiatrie il participait toujours activement au mouvement du scoutisme, comme chef d'un groupe d'adolescents originaires du milieu populaire du Faubourg Saint-Antoine.

2-3. UN HOMME CHARISMATIQUE ET CONTRASTE

G. Daumézon était charismatique, tous ceux qui eurent à le connaître l'affirmeront sans détours et sa présence en imposait à un point tel que F. Tosquelles (1980) lorsqu'il le rencontra pour la première fois le compara à Cicéron, tant il lui apparut comme auréolé d'une autorité naturelle et d'une rare éloquence.

P. Delion relate : « Je l'ai croisé plusieurs fois, c'était une personnalité formidable, il avait un charisme incroyable, son accueil de l'autre était exceptionnel, j'ai beaucoup d'estime pour lui, c'est une grande figure de la psychiatrie du XX^e siècle » (entretien avec Krzyzaniak, 2016).

F. Mori qui le rencontra en 1963, le décrivait comme un homme au physique solide ayant naturellement un air d'autorité et il semble bien que quel que soit son âge il en ait fréquemment imposé à son entourage.

M. Atlan enfin soulignait : « La première fois on était toujours impressionné par son aspect un peu rude [...], solide comme un roc cévenol voilà tel qu'il apparaissait » (1980, p.19).

Un trait de sa personnalité renforçait d'ailleurs cette première forte impression qu'il donnait de lui car G. Daumézon tel le *Parrêsio*³⁶ des grecs anciens était direct, sans détours parfois un peu bourru, selon R. Castel, et pas toujours facile à vivre, même si corrigeait J. Oury cette froideur n'était qu'apparente.

P. Bernard (1980) tout en reconnaissant ce trait de caractère préféra y voir le bénéfique que l'on pouvait trouver à des jugements qui apparaissaient comme sévères, ce qui n'enlevait rien par ailleurs à l'amitié que G. Daumézon pouvait porter à la personne.

Il était exigeant envers autrui comme avec lui-même et attendait beaucoup de ses collaborateurs, quelques soient leurs fonctions, car c'était un bourreau de travail (Benoit, 1980), arrivant tôt dans le service et repartant très tard, qui ne prit des congés qu'une fois devenu grand-père³⁷. Il était aussi constamment en éveil, toujours curieux et disponible et se déplaçait beaucoup, adorant conduire sa voiture (Bernard, 1980).

³⁶*Parrêsio* des grecs anciens tel qu'en fait état M. Foucault, sous la forme d'un discours direct, d'un engagement politique important.

³⁷ Marié, il aura trois enfants.

Quel que soit ce que l'on pensait de lui, G. Daumézon apparaissait toujours comme quelqu'un d'investi dont l'engagement³⁸ ne faisait jamais défaut et il était tout autant considéré comme quelqu'un de vrai et d'authentique, accordant une importance extrême à l'amitié et à la fidélité, son soutien était alors indéfectible³⁹.

J. Bieder, qui le rencontra à plusieurs reprises, évoqua qu'un jour il fit sur le temps d'un week-end plusieurs centaines de kilomètres pour rencontrer un des anciens internes avec qui il avait travaillé, car il avait appris qu'il était souffrant (entretien avec Krzyzaniak, 2012).

F. Mori ajoutait qu'en le rencontrant on avait toujours l'absolue conviction qu'il était habité d'humanité, de générosité et d'ouverture d'esprit et P. Bernard confirmait : « Il n'avait aucune rancune et ce qui était le plus apprécié chez lui s'était sa gentillesse aussi bien avec les malades qu'avec le personnel qui était très attaché à lui et l'admirait⁴⁰ » (1980, p.559).

M-D. De Hollandia le considérait comme : « Très mesuré et très humain. Cette humanité de G. Daumézon elle disait l'avoir apprise au C.H.S de Fleury, par les plus anciens des employés qui racontaient entre autre comment pendant la guerre, il avait aidé, nourri, soigné, sauvé du peloton d'exécution, nombre de personnes » (2013, p.20).

Pour S. Romanet c'était avant tout un homme bon et s'il était direct dans la teneur de ses propos c'est parce qu'il ne voulait, ni tricher, ni se dérober : « Toutes les réponses qu'il donnait à nos interrogations angoissées dit-elle étaient empruntes de cette bonté, de cette intelligence du coeur qui donnait tant de prix et de grandeur à ses actions et à ses enseignements » (1980, p.27).

En tout état de cause ceux qui l'ont connus en attestent il ne se mettait que très rarement en colère⁴¹ et lorsque cela se produisait son expression et son attitude n'étaient jamais blessante ou irrespectueuse, car le respect était pour lui la première des vertus.

A ce titre, nous dit H. Chaigneau, et pour qui que ce soit : « Daumézon donnait toujours la certitude d'avoir été rencontré par quelqu'un et d'être quelqu'un » (1980, p.15). Cette posture éthique et existentielle sera et restera déterminante à chaque étape de sa carrière.

³⁸ Selon F. Tosquelles : « La qualité de son engagement fait date et marque une étape de l'histoire de la psychiatrie où il a régné en maître, (c'était un engagement) à la Daumézon, massif, inaltérable, aussi solide que le roc granitique des Cévennes, mais aussi et tout autant imprégné de sa discrétion et de sa modestie [...] il n'était pas naïf et son désir de rendre service (et de s'engager) ne s'aliénait pas dans les précipitations et les provocations » (1980, p.557).

³⁹ L. Bonnafé : « il disait qu'au fond ce qu'il y a de plus fertile ou de plus fécond c'est l'amitié » (1980, p.592).

⁴⁰ J. Caron qui avait été l'ami d'enfance du fils de G. Daumézon disait de lui : « Le docteur Daumézon était très sympathique et accueillant, et il était réputé pour avoir dans son métier des méthodes douces » (2013, p.106).

⁴¹ Sauf disait L. Bonnafé, à l'instar de P. Delion, avec les pédants, il était alors d'une humeur massacrante et au pire, remarquait P. Bernard, sa colère s'exprimait dans un départ précipité, avec une grande envolée de capote.

La vie pour G. Daumézon était celle des êtres en relation, il ne s'imaginait pas et ne se concevait pas en dehors de cette dimension de l'interaction avec autrui, elle le nourrissait, elle l'habitait et il aimait en cela passionnément l'échange, la discussion et faisait tout ce qu'il pouvait pour les favoriser⁴².

Selon F. Mori, il parlait également et sans détours de sa place d'homme et de médecin : « Il n'avait pas de frein pour se remettre en cause, c'est lui qui m'a appris à m'adresser aux autres, sans chercher à leur communiquer le capharnaüm de mon savoir, en cherchant au contraire à leur communiquer surtout mes incertitudes, mes doutes, mes critiques, à remettre en cause les certitudes que j'avais acquises en formation » (1980b, p.14).

G. Le Guillant ajoutait : « Sans grandes envolées oratoires il exposait ses idées, ses souhaits et il laissait faire, c'est là l'art de celui qui inspire confiance et qui donne toute chance à celui qui veut faire preuve d'initiative » (1980, p.10).

Sans aucun doute également c'était un homme complexe⁴³ voire surprenant, en fait G. Daumézon avait le goût du paradoxe, à la fois réfléchi et très actif, impulsif et patient, résolu mais non sectaire, bourru mais très humain (Atlan, 1980 ; Bernard, 1980 ; Chaigneau, 1980).

Qui était G. Daumézon au plus profond de lui, difficile à dire d'autant qu'il ne s'épanchera jamais sur ce sujet, tout à l'inverse de moi disait F. Tosquelles. Il ne nous apparaîtra donc que revêtu des atours que la vie sociale lui aura donnés, mais n'était-ce pas là l'essentiel pour un homme qui voulait avant tout se caractériser, non par rapport à ce que l'on pensait de lui, mais dans ce qu'il donnait à voir de ses actions.

Aussi afin de poursuivre vers une meilleure compréhension de ce qui a été contributif et constitutif de son œuvre nous nous proposons maintenant de souligner les éléments biographiques qui sont les plus représentatifs de son parcours professionnel.

⁴² G. Benoit dira à cet égard : « Ce qui est nouveau c'est le mode d'aborder les malades ; qui n'a pas assisté à la visite du matin se sent dans un monde nouveau, ce n'est pas seulement la courtoisie à l'égard du sujet présenté, mais le mode d'abord et l'ouverture du champ du dialogue, Daumézon n'interroge pas, il entreprend très vite avec l'autre un échange qui laisse à celui-ci sa particularité, l'affirme dans son identité et en même temps le dévoile. Ce n'est pas une leçon de sémiologie qui se donne tout au long de ces matinées, mais une leçon de contact et de respect pour l'autre, qui ainsi n'apparaît pas comme le malade ou le porteur de signe, mais comme un homme souffrant et qui n'a pas perdu sa qualité » (1980, p.607).

⁴³ P. Tournier explique que cette complexité est inhérente à la nature humaine : « Nous sommes tous plein de contradictions intérieures. Nous avons beaucoup de peine à nous les avouer et nous le cachons autant que possible aux autres. C'est peut-être pour échapper au vertige causé par la pleine conscience de cette complexité inextricable, que nous nous composons un personnage plus simple » (1980, p.37).

2-4. UNE CARRIERE BRILLANTE ET DIVERSIFIEE

2-4-1. Ses études et ses affectations professionnelles

Comme pour beaucoup de personnes on sait peu de chose sur sa prime jeunesse ainsi que sur sa famille d'ailleurs, si ce n'est que son père était zoologue.

Lui-même, comme cela a été évoqué précédemment, parlait peu de lui et en fait il nous faut suivre son trajet scolaire pour commencer à avoir quelques bribes initiales d'informations biographiques le concernant.

Il commence sa scolarité à Aix en Provence et la poursuit ensuite à Narbonne avant de débiter des études supérieures à Montpellier⁴⁴ et de les terminer à Paris, licencié en droit en 1932, il sera docteur en médecine en 1935.

Il obtiendra la même année un diplôme de médecin légiste de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie de l'Université de Paris. En 1936 il recevra le Prix Baillarger⁴⁵ de l'Académie de médecine pour la qualité de sa thèse et sa dimension novatrice, elle se proposait en effet d'étudier la situation des personnels infirmiers des asiles (Daumézon, 1935).

Très vraisemblablement cette conjonction d'études qui associe le droit et la santé portait à la fois la marque de la préoccupation première qu'il avait à s'occuper d'autrui et celle de son attirance profonde pour ce qui était légitimé, structuré et institutionnalisé.

A cet égard F. Tosquelles fera souvent remarquer que la *Res Publica*⁴⁶, la « chose publique » était sacrée pour lui et : « sa défense [...] un devoir nécessaire indispensable » (1980, p.52).

G. Daumézon fera d'ailleurs toute sa carrière dans le service public (Daumézon & al, 1970) et n'envisagea de le quitter qu'en 1950 lorsqu'il fût démis de ses fonctions de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais.

En 1933, il avait également été reçu second au concours de l'internat des hôpitaux de la Seine auquel il s'était présenté, car la psychiatrie lui avait semblé la discipline la plus apte dans le champ médical à répondre au mieux aux intérêts des patients (Daumézon, 1978a).

⁴⁴ Lauréat de la Faculté des Sciences, il reçoit le Prix Berthelot en 1929.

⁴⁵ J. Baillarger est un médecin-aliéniste qui caractérisa les accès maniaques en : « folie à double forme » et qui contribua à la création des Annales Médico-Psychologiques.

⁴⁶ La « chose publique » n'est pas l'Etat, mais l'Etat gouverné selon et pour le bien du peuple.

Pendant cette formation⁴⁷ il sera en particulier interne dans les services de P. Guiraud, auteur en 1922 d'un manuel de référence de clinique psychiatrique et figure majeure de la « pratique organiciste » à laquelle G. Daumézon n'adhéra pas et de J. Capgras, un fin clinicien, rendu célèbre par l'étude en 1923 d'un syndrome lié à un délire systématisé auquel on donnera son nom⁴⁸.

Reçu au concours du médicament des asiles⁴⁹ en 1937, il prit en septembre de la même année et à 25 ans à peine ses premières fonctions de Médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Sarguemines en Moselle avant, un an plus tard, d'être affecté en octobre 1938 à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais⁵⁰.

Il ne put toutefois y prendre son poste qu'en 1939 car les événements liés à la tension grandissante entre la France et l'Allemagne entraînèrent sa mobilisation temporaire⁵¹.

A son retour et très rapidement il sera à nouveau mobilisé lors de l'entrée en guerre et affecté jusqu'en juin 1940 au service psychiatrique de l'Armée des Vosges⁵².

Il ne se repliera pas lors de la débâcle militaire et préféra rester sur le terrain et aider une équipe chirurgicale, fait prisonnier et ensuite libéré il rejoindra à nouveau l'hôpital de Fleury-les-Aubrais où il restera désormais jusqu'en 1951.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette période de la guerre et de l'occupation qui le marquera à jamais au plus profond de lui-même, devenant l'un des vecteurs décisionnels déterminant de la mise en œuvre de sa part d'un projet décisif de transformation de l'hôpital psychiatrique, qui portera le nom de psychothérapie institutionnelle.

Ce projet G. Daumézon le mènera à bien à l'hôpital de Fleury-les-Aubrais qu'il quittera en 1951 lorsqu'il sera démis de ses fonctions de Directeur au profit d'un « administratif », ce qu'il avait vécu avec beaucoup de difficultés.

⁴⁷ Il sera interne à l'Hôpital psychiatrique de Ste Anne en 1936-1937.

⁴⁸ On remarquera que G. Daumézon (1968a) récusait la notion de maître car selon lui nulle théorie, de qui que ce soit, ne pouvait se prévaloir de figer par sa singularité la psychiatrie dans un cadre de pensée unique.

⁴⁹ L'appellation d'asile fût abandonnée officiellement en 1937 au profit de celle d'hôpital psychiatrique, ce qui ne présageait pas du nom spécifique que certains établissements avaient choisi, ainsi en 1977 un établissement de la Métropole Lilloise portait celui de Centre de Soins et d'Hygiène Mentale Ulysse Trélat. Ces hôpitaux psychiatriques deviendront des Centres Hospitaliers Spécialisés à la suite du Décret n°72-1078 du 6-12-1972 et des Etablissements Publics de Santé Mentale dans le cadre de la loi de réforme hospitalière n°91-748 du 31-07-1991. Dans notre travail, compte tenu de la période principalement étudiée et sauf, lorsque cela sera nécessaire, c'est le terme d'hôpital psychiatrique que nous retiendrons pour parler de façon générique de ces établissements.

⁵⁰ A l'arrivée de G. Daumézon en 1938 cet établissement portait le nom de Centre psychothérapique du Loiret, il deviendra en 1998 le Centre Hospitalier Départemental Georges Daumézon pour honorer celui qui l'avait fait connaître, tant en France qu'à l'étranger.

⁵¹ G. Daumézon avait fait son service militaire légal en 1934-1935.

⁵² A l'ambulance de spécialité N° 35. C'est en vain que les forces militaires de son lieu d'affectation, qui se trouvaient en premières lignes, résistèrent alors que partout le front était en train de craquer à la suite de la percée allemande de Sedan du 13 Mai 1940, il se disloquera complètement le 8 juin 1940.

Cette double fonction était en effet selon lui nécessaire pour juguler une propension qu'avait les « instances administratives » à être plus à leur service qu'à celui des malades, alors que c'était l'inverse qui devait prévaloir, nous aurons plusieurs fois dans le déroulement de notre travail l'occasion de revenir sur ce point qu'il considérait comme fondamental. Cela étant chez un médecin qui était aussi diplômé de droit public.

Cette éviction qu'il considéra comme un désaveu professionnel majeur⁵³ le conduisit à passer et à réussir le 27 octobre 1950 le concours sélectif de Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine et il sera nommé en janvier 1951, Médecin chef à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche (Seine-Saint-Denis).

Il y resta peu de temps avant d'être affecté à l'Hôpital psychiatrique de Ste Anne (Paris) en Juillet 1952, comme Médecin responsable du service des admissions.

Son dernier poste de Médecin chef le conduira à l'Hôpital Henri Roussel (Paris) qui était rattaché administrativement à l'Hôpital Ste Anne, d'octobre 1966 jusqu'au terme de son activité professionnelle en mai 1979. Il y fera notamment évoluer le système des admissions en créant, le 1^{er} Mars 1967, le C.P.O.A (Centre psychiatrique d'accueil et d'admission) qui porte aujourd'hui son nom⁵⁴.

2-4-2. De nombreuses et diverses activités

Parallèlement à sa carrière professionnelle de médecin-psychiatre⁵⁵ G. Daumézon occupa bien d'autres fonctions et responsabilités.

D'abord, il s'investira totalement dans les transformations de la psychiatrie française et dès 1945, après avoir été le Président de l'Amicale des aliénistes français, il deviendra le premier Secrétaire général du Syndicat des psychiatres des hôpitaux, à la création duquel il contribuera (Koravokynos, 2010).

⁵³ P. Koechlin dira à cet égard au sujet de G. Daumézon : « Entre Fleury et Sainte Anne, Maison Blanche n'a pas été une phase de transition banale et facile. Ce fut une période de changement radical, de véritable crise, de remise en question [...] Un soir de confiance, Daumézon m'a même dit ses hésitations à continuer la psychiatrie publique. Allait-il « passer au privé » et pourquoi pas se faire analyser ? [...] Quelques semaines après que j'eus quitté son service je l'ai trouvé beaucoup plus serein (il partait à Ste Anne) » (1980, pp. 600-601).

⁵⁴ Cette structure fut créée à l'Hôpital Henri Roussel en 1967 à partir du service des admissions de l'Hôpital Ste Anne dont G. Daumézon avait précédemment été le médecin chef. Ce centre, ouvert jour et nuit, était intersectoriel et avait pour fonction de se prononcer sur l'orientation à donner au malade compte tenu de son état : hospitalisation (dans d'autres hôpitaux), consultation, suivi ambulatoire. On peut le considérer, sous certains aspects, comme l'ancêtre du C.A.P (Centre d'accueil permanent) équipement sans hébergement officiellement répertorié dans l'Arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des structures d'hébergement.

⁵⁵ Il fut aussi expert près la Cour d'Appel d'Orléans de 1938 à 1951 et près le Tribunal militaire d'Orléans de 1938 à 1947.

Il sera également membre du Comité permanent d'Hygiène sociale, section des maladies mentales, de 1947 à 1970 et de la Commission consultative des Hôpitaux psychiatriques de 1945 à 1954.

Les actions qu'il y mena⁵⁶ mobiliseront autant ses compétences médicales que juridiques et contribueront à transformer radicalement la psychiatrie française, notamment par la mise en œuvre dès les années 1960 de la politique dite de sectorisation psychiatrique⁵⁷ qui cherchera à développer des prises en charge extrahospitalières au plus proche des lieux de vie de la population.

De la même façon le statut des malades sera modifié et on ne le fera plus coïncider avec la forme de leur placement⁵⁸ ce qui aboutira en 1968 à la réforme du droit des incapables majeurs⁵⁹.

G. Daumézon fût également un homme de sciences et un chercheur⁶⁰ qui participa notablement à la transformation de la sémiologie psychiatrique, à défaut de n'avoir pu la modifier totalement, nous y reviendrons. Il organisa en particulier à partir de 1952, à l'hôpital Ste Anne, nombre de séminaires, de conférences, de présentations de malades où pouvaient s'exprimer toutes les tendances y compris philosophique, tous les courants (phénoménologie, psychanalyse...) qui contribuèrent à l'émergence de la psychiatrie nouvelle.

Son activité d'enseignement fût importante à plus d'un titre et P. Delion résuma sous cette forme l'une de ses qualités premières : « Il avait une capacité d'analyse exceptionnelle, un cerveau très rapide un œil d'aigle (pour saisir l'essence d'un objet, d'une question, d'un problème) et cette faculté pédagogique première : ce qui se conçoit bien, s'énonce clairement » (entretien avec Krzyzaniak, 2016).

⁵⁶ La mise en place de la Circulaire du 15 Mars 1960, sur la sectorisation psychiatrique, résulte aussi sans conteste des travaux menés à l'initiative de G. Daumézon lors des « rencontres de Sèvres » qui se sont déroulées de 1957 à 1959.

⁵⁷ Circulaire du 15 Mars 1960 relative au Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

⁵⁸ La loi du 30 Juin 1838 avait déterminé en ce qui concernait les hospitalisations sans consentement deux types de placement : d'office et sur demande d'un tiers.

⁵⁹ Loi n°68-5 du 3 Janvier 1968 portant Réforme du droit des incapables majeurs.

⁶⁰ Il travailla par exemple sûr des expériences de lobotomie (1954a) et sûr des médicaments alors appelés ganglio-plégiques (substances bloquant l'influx nerveux dans les ganglions) qui seront les futurs neuroleptiques dont le premier le Largactil (chlorpromazine, 4560, R.P) fut mis sur le marché en 1952 et utilisé en psychiatrie principalement à la suite des travaux de P. Delay et P. Deniker.

Il en fit sans aucun doute profiter ceux qui apprirent à ses côtés et en particulier deux de ses élèves internes les plus connus, dont il dirigea les thèses⁶¹, il s'agissait de P. Koechlin : avec qui il écrira un article fondateur de la psychothérapie institutionnelle en 1952 et de P. Paumelle qui sera l'initiateur dans les années 1960, de la création du premier secteur de santé mentale dans le XIII^e arrondissement de Paris.

Son activité épistolaire sera très importante et contribuera entre autre fortement au développement de la Société l'Evolution psychiatrique⁶², il fondera également en 1954 la revue Vie sociale et traitement (VST) en compagnie de G. Le Guillant, qui était destinée aux personnels des hôpitaux psychiatriques.

Unanimement reconnu⁶³ pour la qualité de son travail, il décèdera le dimanche 6 Mai 1979 dans un accident de voiture⁶⁴, à quelques mois d'une mise à la retraite qu'il avait sollicitée et dès lors comme le dira son ami F. Tosquelles : « Il a fallu vivre avec l'insupportable présence de son absence » (1980, p.557).

⁶¹ P. Koechlin : « *Etudes sur la place du travail des malades dans les thérapeutiques psychiatriques actuelles* », Paris, 1951 ; P. Paumelle : « *Essai de traitement collectif d'un quartier d'agité* », Paris, 1952.

⁶² La Société l'Evolution Psychiatrique, dont G. Daumézou sera le président en 1960, est une revue fondée en 1929 par H. Godet et E. Minkowski à partir de premiers travaux collectifs débutés en 1925. Elle se proposait de contribuer à l'évolution de la psychiatrie et de la psychopathologie tout en faisant place à la psychanalyse. Elle organisa en 1950 à Paris le premier Congrès Mondial de psychiatrie.

⁶³ Nommé Chevalier de la Légion d'Honneur en 1952, il deviendra Officier de la Santé publique en 1954.

⁶⁴ G. Daumézou est mort à l'issue d'un retour précipité à Paris alors qu'il participait à une réunion scientifique à 1000km de là, cela était consécutif à un drame terrible, à plus d'un titre, ayant concerné le service où il travaillait. Selon L. Bonnafé : « Il est mort, pas dans son lit, comme le Quichotte repent. Pas dans les Cévennes. Sur la route d'un seul coup, Sans rien dire à personne. Résolument, en plein air, avec son chien, contre un arbre. Il a traversé le miroir » (1980, p.595).



G. Daumézon et l'équipe soignante de son service à S^{te} Anne en 1953.

PARTIE II :
LES PREALABLES A L'EXAMEN
DES RELATIONS ETABLIES PAR
G. DAUMEZON AVEC
L'EDUCATION

INTRODUCTION DE LA SECONDE PARTIE

L'éducation en tant que forme sociale⁶⁵ est devenue dominante en France au XIX^e siècle et son évolution lui permettra en se généralisant dans toute la société d'atteindre un haut pouvoir de socialisation sur les individus.

Examiner ce phénomène naissant et actif permettra de mieux comprendre, du point de vue des Sciences de l'éducation qui est le nôtre, ce qu'il en sera des relations entre la psychiatrie et l'éducation, en particulier au sujet de celles qu'établira G. Daumézon pour en faire l'un des socles de ses actions thérapeutiques.

De même que l'on ne pouvait le comprendre sans tenir compte de ses origines cévenoles, il ne pouvait pas être question d'appréhender sa conception en la matière sans en référer au creuset de sa genèse, ancrée dans ce XIX^e siècle.

Ce sera aussi l'occasion de faire le point sur un certain nombre de concepts majeurs mobilisés dans la suite de ce travail, ils accompagneront également la description de la transformation de la nature et de la fonction de l'éducation, lorsqu'elle s'exprimera, non plus seulement et principalement dans la sphère de la famille, mais progressivement et de plus en plus dans celle des institutions.

L'évolution de l'histoire est en général progressive et on peut la penser comme relevant d'un principe de continuité, avec toutefois certains moments historiques de transition plus denses, plus habités de transformations humaines et sociales rapides se situant sur une ligne de rupture entre un passé qui n'est plus et un avenir qui n'est fait que d'incertitudes, ce sera le cas du XIX^e siècle.

Ce fût une période troublée où alterneront : empire, monarchie et république, s'ajouteront des révolutions (1830 et 1848), des guerres et des défaites douloureuses et stigmatisantes, surtout celle de 1870-1871, sans parler de celles du début du siècle, qui furent presque incessantes.

⁶⁵Selon F. Léger (1989) une forme sociale peut être considérée comme un modèle de lisibilité permettant la compréhension des phénomènes sociaux et de leur évolution, il y voyait également des modèles « variés mais constants » selon lesquels se déroule la vie en société, intrinsèques à la nature humaine les formes sociales sont à la fois généralisées et intemporelles, puisqu'indépendantes de leurs contenus (Dupréel, 1912 ; Coenen-Hunter, 2011).

Cela provoqua constamment des remises en question collectives et individuelles extrêmement importantes, où alterneront dans des délais très courts, l'espoir puis la désillusion et la frustration, le tout dans un contexte de progrès avérés, mais aussi anxiogènes sur les conséquences qui pourraient en résulter.

L'effervescence intellectuelle fût importante et féconde, tout autant que certaines contradictions, qui devinrent majeures et on n'évoquera à ce titre que celles par exemple du développement simultané du capitalisme et du marxisme, ou de la cohabitation entre un positivisme extrême et un romantisme exacerbé.

On assista également de façon remarquable à la fois à la naissance et à la reconnaissance de l'individu et de son « moi personnel » corollaire du développement important de la psychologie et de la naissance de la psychanalyse débutante, ainsi qu'à celle de la « notion de moi social » envisagé par l'émergence de la sociologie. Quant à l'histoire, elle devint « la discipline du siècle ».

L'ensemble de ce que l'on appellera les Sciences humaines se voudront et se considéreront comme des objets et des disciplines scientifiques ou tout au moins voudront fortement y prétendre.

Une science par ailleurs sacralisée et fréquemment dogmatique lorsqu'elle s'apparentait à une idéologie scientiste, qui fût très prolifique et généreuse quant aux remises en cause épistémologiques qui accompagnèrent son développement.

La fin du XVIII^e et le XIX^e siècle seront en outre aussi typiques de l'émergence d'une certaine forme de la conscience de soi et de la complexité comme de la richesse ou de la fragilité qui pouvaient en résulter (Vigarello, 1999).

Si à cette époque l'accession à la liberté permet potentiellement de faire les choix de sa vie personnelle et de les assumer en conscience, ce ne sera pas, mais l'est-elle jamais, une posture facile ? La pensée et même la vie de S. Kierkegaard, l'un des pères fondateurs de l'existentialisme, en témoigneront de façon significative.

G. Vigarello développa en la généralisant cette idée de la complexité et de la fragilité de l'émergence d'un certain type d'individu :

« Un mal, dit-il, guette partout cette certitude inédite à la fin du siècle (le XIX^e) ; un mal directement lié à la place conquise par les individus, traversés par le sentiment d'être brusquement « concurrent », livrés à un monde jugé aussi brusquement plus technique : solidarité toute volontaire sans doute, mais concurrences perçues plus pressantes. Doutes, interrogations sur les forces intimes, craintes de défaillances, au point que se dessine pour la première fois une santé psychologique » (1999, p.281).

La science et la santé, pour ne parler que d'elles, apparaissaient de plus en plus comme des recours possibles pour répondre à ces nouveaux besoins, comme à ces nouvelles exigences existentielles et à cet égard l'éducation y aura un rôle actif et déterminant.

On établira ainsi pour la première fois de façon conséquente un lien explicite entre la santé et des causes sociales et le fait que l'éducation aurait un rôle à jouer en la matière :

« La faiblesse physique est explicitement liée à une faiblesse du savoir, avance G. Vigarello [...] le déficit sanitaire de l'ouvrier ou du paysan tient à l'ignorance [...] les populations laborieuses ont à être éduquées, elles doivent suivre une instruction. De cette entreprise dépendent leur travail comme leur santé. L'état qui a rompu avec les légitimités religieuses et hiérarchiques d'Ancien Régime doit non seulement être hygiéniste, il doit aussi être pédagogue » (*Ibid.*, p.206).

On retiendra aussi que beaucoup de médecins aliénistes étaient du même avis que lui et postulaient qu'effectivement le médecin devait être de façon déterminante l'instigateur d'une éducation, cette fois-ci d'impulsion et de nature médicales.

Cela impose ici de s'interroger en première intention sur les fondamentaux de cette notion d'éducation, avant d'envisager les usages qui pourront en être fait dans le champ de la psychiatrie.

CHAPITRE 1. DES DEFINITIONS PRELIMINAIRES AU SUJET DE L'EDUCATION

1-1 LA NOTION D'EDUCATION

La définition du terme d'éducation est large, diversifiée et polysémique, aussi la convocation de quelques auteurs est-elle nécessaire pour l'aborder de façon synthétique et relever les points qui en seront les plus significatifs compte tenu de notre objet d'étude.

Pour débiter nous en appellerons à deux philosophes, car l'éducation fut d'abord l'affaire des philosophes avant de l'être par d'autres scientifiques et à un érudit de la question. Ils nous permettront de souligner l'importance qu'il convient d'accorder en première intention au principe même de l'éducation et à l'étendue de ce que recouvre ce concept.

Pour E. Kant (1803) l'éducation autoriserait l'homme à accéder à sa propre humanité, il soulignait que rien n'était donné d'emblée à la naissance et que tout était à construire par et grâce à l'éducation.

G. Hegel (1811) qui partageait ce point de vue ajoutait que l'éducation était intrinsèque à l'homme, un élément fondamental de sa dynamique interne, qui lui permettait également pour s'accomplir de vivre avec d'autres humains, ce faisant rien n'était inné et tout à acquérir, de l'enfance à l'âge adulte.

F. Buisson dans son célèbre dictionnaire évoquait quant à lui le rôle essentiel qu'il convenait d'accorder à l'éducation : « Entre les virtualités indéfinies qui constituent l'homme au moment où il vient de naître et le personnage très défini qu'il doit devenir [...] la distance est considérable. C'est cette distance que l'éducation doit faire parcourir à l'enfant » (1929, p.535).

Le terme d'éducation en lui-même viendrait selon J. Beauté (2004) du mot latin *educere* qui évoquerait les notions de mener, éduquer, conduire hors de l'enfance.

M. Cherkaoui (1986) est plus précis puisqu'il s'agit pour lui de conduire un être non social à le devenir.

Enfin on notera que pour O. Reboul (1989) ce mot viendrait plutôt de *educare* : élever des animaux des plantes et par extension des enfants.

Si on peut discuter la nature de la définition de ce concept d'éducation et de ses différentes déclinaisons, selon nombre d'auteurs et dans des contextes socio-historiques eux aussi diversifiés, l'évocation d'un lien préexistant entre l'enfance et l'éducation est constante, comme si l'un n'allait pas sans l'autre (Leif & Rustin, 1970).

1-2. LES FONCTIONS DE L'EDUCATION

Elle aurait deux fonctions principales :

La première c'est que bien au-delà des notions de savoirs auxquelles elle renvoie, elle contribuerait au développement de la personnalité de l'enfant, compte tenu de potentialités qui ne se limitent pas qu'à la sphère intellectuelle, puisqu'elles concernent également et entre autre, le corps et les affects.

La seconde c'est que l'éducation serait aussi l'un des éléments déterminant du processus de socialisation de l'enfant, comme le disait E. Durkheim : « l'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale » (cité par Vial, 1995, p.5).

J. Leif (1974) synthétisant ces deux fonctions considéra quant à lui que l'éducation c'était ce qui devait permettre le développement d'un enfant au niveau physique, affectif, intellectuel, mais aussi social, à partir de ses capacités et par l'action que l'on exercera sur elles.

Pour G. Mialaret l'éducation c'est l'action et il poursuit : « Nous devrions d'abord commencer par analyser les rapports de l'action et de la pensée dans toutes les activités humaines, et montrer les relations complexes qui les unissent ainsi que les différences qui les séparent » (1964, p.12).

L'éducation poursuit-il c'est donc l'action et la réflexion qui portera sur cette action sera du domaine de la pédagogie : « Dont l'objet est de déterminer les objectifs vers lesquels l'action éducative doit s'orienter » et il ajoute, pour finir, regretter que l'on confonde encore trop souvent les deux : « l'une (l'éducation) étant davantage tournée vers la pratique réelle, l'autre (la pédagogie) orientée vers la réflexion sur cette pratique » (*Ibid.*, p.12.)

Avant d'examiner la question de la pédagogie qui vient d'être évoquée on retiendra que J. Piaget (1969) donnait, tout en étant conscient de la dimension réductrice de sa proposition, comme fonction à l'éducation celle de concourir à adapter l'individu au milieu social ambiant.

Enfin constatons que le terme d'éducation fait explicitement partie ce que W. Quine (1969) appelait l'inscrutabilité de la référence, qui prévaut lorsqu'il est impossible de circonscrire précisément ce que désigne un mot, ce qui est ici le cas.

1-3. LA PEDAGOGIE

Pour en revenir au propos précédant de G. Mialaret la réflexion sur la pratique éducative serait du domaine de la pédagogie, et pour G. Avanzini (1987) ce serait même la spécificité d'une « science » qui se propose d'interroger et d'élaborer des procédures d'enseignement et d'apprentissage.

Bien vite on s'était rendu compte que transmettre n'était pas suffisant et qu'il fallait pour être efficace et pertinent déterminer de nouveaux moyens, humains, matériels et techniques, de le faire.

La pédagogie (du grec *pais, paidos* : égal à enfant) serait aussi devenue pour J. Leif et G. Rustin (1970) un art, celui d'enseigner à partir d'une démarche réflexive, ayant portée sur les doctrines et les méthodes, qui permet d'atteindre les buts que se fixent l'enseignement et l'éducation.

La pédagogie enfin existait avant le XIX^e siècle, qui fût celui de son épanouissement, et sans remonter trop loin dans le temps, on évoquera par exemple les travaux postérieurs en la matière de l'allemand J. Basedow ou du suisse J-H. Pestalozzi qui s'inspira explicitement de J-J. Rousseau et enfin de J-F. Herbart parfois considéré comme le père de la pédagogie scolaire et sans doute à l'origine pour certains de la séparation entre la philosophie et la pédagogie.

On évoquera également pour sa singularité H. Spenser qui appliqua les lois de l'évolution darwinistes à la pédagogie et J-J. Jacotot dont la méthode reposait sur le principe de la similitude des intelligences et la variabilité des volontés, selon lui premières en matière d'apprentissage, qui fera à son époque le tour du monde.

Toutefois ces travaux, même s'ils eurent un succès notable ne rivalisaient pas encore avec les approches philosophiques concernant l'éducation qui restaient toujours dominantes.

Car ce qui sera essentiellement fondateur de l'apparition d'une pédagogie qui se voudra scientifique, tout en se différenciant de la philosophie, trouvera son origine au décours du XIX^e siècle, dans une double interpellation.

D'abord ce sera celle de l'amélioration constante de la (re)connaissance de la singularité d'une enfance se distinguant de la notion de l'adulte et ensuite celle de la généralisation de l'enseignement scolaire.

Ce constat, somme toute assez simple à évoquer dans l'absolu, n'ira pas sans poser un peu à la fois des problèmes car il mettrait le doigt sur une contradiction qui ira en s'aggravant au fur et à mesure de la démocratisation de la formation scolaire et de l'évolution de la psychologie scientifique relative à l'enfant.

Il conviendra en effet de concilier en même temps, au niveau de l'enseignement et de l'apprentissage, deux approches de l'éducation : l'une générale et l'autre individuelle.

Les principaux points qui viennent d'être évoqués appellent à développement.

1-4. L'ENFANCE INTERPELLEE PAR L'EDUCATION

Si pour D. Alexandre-Bidon (1981) l'enfant a été situé au centre des préoccupations de l'éducation, encore fallait-il et cela ne se fera pas sans mal, que cet enfant « acquière le statut d'un objet d'histoire ».

Pendant très longtemps en effet il fût uniquement considéré, lorsqu'on lui attachait quelque importance, non dans sa spécificité d'un « être » singulier potentiellement en devenir, mais comme un adulte en miniature.

P. Ariès (1971) avançait que cela sera le cas en France au moins jusqu'à la seconde moitié du XVIII^e siècle⁶⁶.

A titre d'exemple il précisa d'ailleurs que si *l'Emile*, ouvrage où J-J. Rousseau prônait la mise en œuvre de l'éducation dès la plus tendre enfance, fut un succès, c'était parce que cela se produisit dans un contexte d'opinion publique qui y était préparée⁶⁷.

⁶⁶ On peut lire sur le sujet : *Philippe Ariès ; naissance et postérité d'un modèle interprétatif de l'enfance* (Gros, 2010).

E. Badinter (1980) souligna que l'enfant à partir de la fin du XVIII^e siècle commencera à occuper aux yeux de l'adulte une place importante, désormais digne d'intérêts, parce que l'être humain était devenu une valeur marchande sur laquelle on espérait pouvoir à la fois miser et compter.

Il s'en suivra toujours selon elle deux conséquences importantes, d'abord la santé de l'enfant fera l'objet d'une attention de plus en plus vigilante, en particulier de la part d'une mère qui s'investira davantage dans cette sphère de préoccupation. Ce faisant on sollicitera également pour ce même objectif, la médecine et le médecin.

Ensuite compte tenu de ces nouvelles responsabilités il en résultera une modification très importante du pouvoir qui était le sien dans la famille.

Cela concerna d'abord surtout les classes sociales qui étaient les plus favorisées et au moins jusqu'à la fin du XIX^e siècle il en ira différemment pour celles qui étaient les plus pauvres, vivant le plus souvent à la campagne, où l'enfant valait surtout par une employabilité, que l'on souhaitait très précoce.

Si au siècle précédent on s'était intéressé à l'éducation ce n'était guère en effet pour prendre en compte celle du peuple et N. de Condorcet (1791) fut principalement l'un de ceux qui commença à s'en préoccuper effectivement.

Il le fit dans le registre d'une instruction⁶⁸ qui se généralisait et deviendrait publique et nationale, en s'attachant pour cela notamment à l'organisation et à la structuration de l'enseignement scolaire en différents stades.

Sa démarche s'articulait à un véritable projet politique qui faisait de l'éducation (et par déclinaison de l'instruction) des enfants l'une des conditions déterminantes de la constitution et de la pérennité de la République, parce que selon lui : « Elle cimenter les deux piliers de la constitution nouvelle, l'égalité et la liberté » (cité par Frelat-Khan & Khan, 1990, p.297).

Dans un autre domaine P. Ariès (1973) démontra que l'augmentation de l'urbanisation au détriment de la campagne diminuait les contraintes du travail agricole, ce qui contribua également à cette prise en compte différente de l'enfance.

⁶⁷ L'œuvre et la pensée d'E-B ; de Condillac (1798) ne furent pas étrangères à l'émergence de cette métamorphose.

⁶⁸ Instruction : du latin *instruo, instruere*, ranger, mettre en ordre, assembler. L'instruction publique qui en résultera se définira comme l'action presque exclusive de transmettre des connaissances, des savoirs et des savoir-faire (Leif, 1974).

Par ailleurs dès le milieu de ce siècle un contexte économique d'industrialisation croissante intensifia la tendance de cette migration et son intensité, ce qui en accéléra le mouvement.

A. Tolédano (1943) dans un livre édifiant : *La vie de la famille sous la Restauration et la Monarchie de juillet* souligna lui aussi, dans cet ensemble qu'est la famille, la première place que l'enfant y occupait désormais.

Citons dans le même registre le témoignage d'E. Legouvé (1886) faisant la démonstration que désormais on considéra l'avenir d'une famille comme reposant essentiellement sur l'enfant et son devenir.

Dès 1803 également on commençait déjà à trouver des ouvrages spécifiques dédiés aux enfants et l'évolution des règles de puériculture, reposant sur une meilleure connaissance de l'enfant (Léon, 1980), aura une influence notable sur la transformation des pratiques éducatives le concernant et à terme sur l'enseignement dont il bénéficiera.

Résolument et de plus en plus l'enfant était reconnu dans sa singularité et les débuts de la psychologie, à la fin du même siècle et au début du suivant où C. Jung affirma que l'enfant avait sa propre psychologie, augmentèrent considérablement la connaissance que l'on pouvait en avoir, améliorant d'autant les progrès de la pédagogie qu'Alain⁶⁹ qualifiera de Science de l'enfant.

E. Claparède (1905) affirma que pour lui et définitivement l'éducation devait être pensée à partir de l'enfant et de la connaissance que l'on pouvait en avoir.

Néanmoins certains ne seront pas sans faire remarquer que la pédagogie ne pouvait et ne devait pas se limiter à la seule connaissance permise par les avancées de la psychologie, en occultant par la même les apports potentiels par exemple de l'histoire, de la culture mais aussi de la sociologie, elle aussi naissante à l'époque.

A-M. Ampère précisera à cet égard : « L'attention portée à l'enfant ne doit pas être un obstacle à la pensée de l'éducation ainsi qu'au progrès, défini comme un acquis de la culture et non comme une évolution biologique qu'il faudrait accepter avec facilité » (2001, p.296).

Mise en garde prudente sans doute de l'auteur sur les tentations de porter à l'excès les théories du récapitulationisme et du préformationisme qui germaient en puissance.

⁶⁹ Alain de son vrai nom : E-A. Chartier.

La première posant le principe d'un parallélisme entre l'évolution des espèces et celle des individus, selon la loi biologique faisant que le développement de l'individu devait passer par toutes les étapes de celui de l'espèce.

La seconde considérant que la différence entre l'enfant et l'adulte se résumait à un seul problème de croissance et d'échelle à partir d'un point de départ initial commun.

Cette approche biologique résultant d'un positivisme exacerbé et dominateur entraînera particulièrement au XIX^e siècle une équation de l'espèce humaine avec, du côté biologique ce qui serait du registre de la similitude et de l'universel et du côté social ce qui concernerait la variété et la particularité. Cette équation, sera à cette époque constante et paradoxale.

Quoi qu'il en soit avant que la pédagogie et le processus qui fera d'elle une science, ne soient à l'oeuvre, l'éducation pour l'immense majorité de ceux qui s'y intéressaient se déroulait en première intention dans la famille, avant de se réaliser dans la société.

1-5. L'EDUCATION, LA FAMILLE, LA SOCIETE

Que la première éducation, sans préjuger de sa nature et de ses effets se passe en famille, il n'y a dans cela rien que de plus normal, puisque dans la majeure partie des cas, les premiers contacts de l'enfant sont ceux qu'il a avec sa famille.

C. Jung précisera : « De même que, durant la vie embryonnaire, son corps (de l'enfant) est une partie du corps maternel, pendant de nombreuses années son esprit est une partie de l'atmosphère spirituelle des parents » ([1910, 1946, 1949], 1977, p.26).

L'enfant y reçoit sa prime éducation, y fait ses premiers apprentissages et pendant longtemps d'ailleurs ce seront les seuls, car pour la plupart des gens non scolarisés il n'en existait pas d'autres formes.

Cela faisait dire à S. Hahnemann :

« Tous cependant ne donnent à leurs enfants pas d'autre éducation que leur propre éducation [...] la jeune créature est toujours animée par le plus puissant de tous les agents en éducation, la faculté d'imitation, le désir d'agir le plus possible comme son père [...]. L'enfant apprend peu à peu (mais seulement peu à peu observez bien cela) pour endurer autant que possible ce que son père peut endurer » (cité par Laborier, 2014, p.17).

Selon une formule de G. Hegel ([1811], 1990), la famille c'était également et plus que tous les liens du sang et s'il y avait éducation, précisait E. Kant, ce qui prévalait dans la famille c'était « l'éducation par les sentiments ». Aussi fallait-il pour ces auteurs passer des « liens du sang » aux « liens de la chose ».

Cela toutefois la plupart des familles ne pouvaient le faire car il y avait entre eux et leur enfant une relation de désir et d'amour qui n'était pas la réalité du « monde extérieur ». E. Kant précisait également que des parents, trop souvent, ne mettaient pas de limites à la place qu'occupaient leurs émotions dans leurs relations avec leurs enfants, au risque que ces affects ne les aliènent, ce qui était l'inverse pour lui de ce que l'éducation devait permettre.

Alain avançait dans ses *Propos sur l'éducation* : « Bien avant l'école, l'enfant a déjà reçu sa première éducation et cette éducation est celle donnée par le milieu familial » « or l'état d'enfance est toujours caractérisé par ceci que l'émotion l'emporte » ([1932], 1986, p.338). Et encore : « la famille ordonnée au sentiment et à l'affectivité, constitue bien plutôt un écran entre l'enfant et le monde » (*ibid.*, p.343).

Il proposa alors, tout en rejetant une pédagogie de l'intérêt et du plaisir, que pour aller au-delà de cet écran on puisse acquérir la raison à l'école, partant de la règle que ce qui est extérieurement subi par l'individu se traduit intérieurement chez lui.

Cette distanciation affective⁷⁰ que permet la raison apparaîtra d'ailleurs comme nécessaire à de nombreux philosophes de l'éducation au prétexte que l'enfant était un être de passion et ils postuleront que cet enfant ne venait pas au monde dans celui des objets et de la nécessaire réalité, mais dans celui des hommes et des relations émotionnelles et affectives qui le caractérisent.

Sur les conclusions que l'on peut en tirer on résumera en disant que l'éducation n'est pas un choix, mais une nécessité qui s'impose et se justifie dans un cadre où l'obéissance et la discipline doivent trouver place pour juguler : amour, passion et désir, qui caractérisent l'enfance.

Cela ne pourra par ailleurs pleinement se réaliser, non dans la famille où règnent les sentiments, mais dans des lieux et des structures affectivement neutres et ce sera la société qui

⁷⁰ A. Korzybski (1933) dans sa théorie de la Sémantique Générale postulait que la raison était le seul moyen objectif et rationnel d'interagir dans relations humaines que les émotions perturbent et qui sont autant de motifs d'égarement et d'erreur à rectifier. On peut souligner que cette tendance à l'hyper-valorisation du rôle attribué à la raison fût marginale chez les médecins aliénistes du XIX^e siècle plus enclin à privilégier une approche phénoménologique que celle kantienne où c'est la raison qui structure le monde sensible (Joss, 1995).

en aura la responsabilité et la charge, grâce à des institutions éducatives qu'elle mettra à disposition.

Il y aurait d'ailleurs entre l'éducation et la société un rapport interne, intrinsèque et fondateur mis au service de la nécessaire socialisation de l'homme. E. Durkheim (1919), qui considérait que c'était l'un des objectifs principaux de l'école, fut l'un des premiers à développer, en compagnie notamment de G. Simmel (1908), ce concept de socialisation :

« Socialiser, précisera E. Durkheim, c'est convertir idéalement, c'est transformer un individu asocial en un être social en lui inculquant des catégories de pensée et un système d'idées, de croyances, de traditions, de valeurs morales, professionnelles ou de classe, dont certaines sont irréversibles et d'autres au contraire changent en fonction de nouveaux apprentissages et des situations vécues » (cité par Cherkaoui, 1986, p.40).

De façon générale au XIX^e siècle la famille semble limitée dans sa fonction éducative : « en tant que communauté décrite comme unité de cohésion de nature biologique et affective » et cela justifie, pour que cette dernière se poursuive et s'épanouisse, la nécessité d'institutions fondées sur un ordre rationnel qui lui soient extérieures (Leif, 1974).

On parlera alors essentiellement de l'école bien sûr, ce qui posera en France, au XIX^e siècle et dans le cadre d'un processus de généralisation d'un enseignement public et d'une éducation nationale, la question de l'instruction, de son institutionnalisation et des modalités de sa réalisation (Moscovici, 1972).

Dit autrement encore l'élevage se ferait très souvent empiriquement et de façon intuitive dans la sphère familiale (Alain l'apparentait également à une véritable école des sentiments) et l'instruction serait le propre d'une démarche objectivée, intentionnelle, programmée, et menée par des professionnels, instruire relèverait donc d'une éducation intentionnelle se réalisant dans une institution en vue d'atteindre des objectifs explicites grâce à des méthodes utilisées par des professionnels (Reboul, 1989).

Nous ajouterons également et enfin que J. Beauté (2004), comme de nombreux auteurs, n'opposera pas ces deux démarches éducatives car elles ne sont pas pour lui antinomiques mais synergiques, tout en ayant des fonctions différentes, à des moments et dans des espaces de réalisation diversifiés.

Le développement de cette éducation collective et publique, pour la distinguer de l'éducation reçue dans la famille, a correspondu dans l'histoire de notre pays à des objectifs tout autant politiques, qu'économiques. C'est une évidence et à cet égard la Troisième

République (1875-1914), surtout et plus que toute autre, en fit un fer de lance pour asseoir la démocratie, telle qu'elle la concevait et souhaitait la mettre en place.

L'acquisition du savoir devenait ainsi le moyen d'accéder à la liberté à laquelle pouvait prétendre tous les citoyens « éclairés » par l'enseignement et la prise de conscience était forte du pouvoir qu'avait l'instruction pour être comme le pensait G. Rocher : « un puissant agent de transformation culturel et mental » (1968, p.207).

Parallèlement à ce développement sans pareil de l'enseignement scolaire⁷¹, une médecine éducative se mettra aussi en place à partir de la deuxième moitié du siècle.

De façon générale cette démarche procédait d'une équation, elle aussi considérée comme déterminante, qui était que l'éducation se fondait sur le savoir et que le savoir issu de la science était source de progrès, quel que soit le domaine et le champ disciplinaire concerné.

Par exemple au sujet de l'hygiène G. Vigarello précise :

« Le seul recours qui reste ici, c'est de multiplier les leçons et les conseils de l'hygiène populaire et le ministère de l'instruction publique s'en occupera : ainsi le décret du 21 juin 1865 crée un enseignement d'hygiène publique dispensé à l'école par un médecin et la loi sur l'école publique de 1882 est plus précise encore en indiquant dans les matières obligatoires les applications des sciences à l'agriculture et à l'hygiène [...] La défense contre les maux dégénératifs repose plus qu'auparavant sur une conviction : le savoir est une arme privilégiée pour les prévenir » (1999, p.227).

En outre et à l'évidence la généralisation de la scolarisation a permis de détecter les enfants qui n'arrivaient pas à la suivre et qui feront l'objet d'investigations médicales afin d'en comprendre les causes.

Dans ce contexte d'une médecine féconde, que l'on qualifia de préventive, de plus en plus de médecins pédagogues firent leur apparition et l'on retiendra en particulier : M. Montessori, O. Decroly, E. Claparède.

C'est ainsi qu'émergea pour A. Léon :

« Une psychopédagogie scientifique qui ne devait rien, du moins à ses débuts, à l'influence de la psychologie. [...] Elle (la psychologie) a empruntée, ajoute-t-il, aux médecins éducateurs certaines techniques d'actions pédagogiques dont elle a fait des tests pour l'analyse ou la mesure des comportements. Songeons par exemple aux techniques de discrimination des formes ou des couleurs utilisées par Itard pour éduquer l'enfant sauvage de l'Aveyron » (1977, p.14).

⁷¹ Le nombre des écoles primaires passera de 30.000 en 1829 à 33.456 en 1833 et à 63.000 en 1848 (Vial, 1995), 1.200.000 enfants seront scolarisés en 1833 pour 1.650.000 en 1834 et 2.176.000 en 1847. En 1827, 58% des conscrits étaient des illettrés complets, ils seront 38% en 1845, 20% en 1868 et 15% en 1880 (Cherkaoui, 1986).

J-M. Itard (1801-1806) lors de son expérience avec « l'enfant sauvage de l'Aveyron », et cela fit sa renommée, tenta effectivement de faire correspondre la pédagogie, avec la rigueur d'une approche scientifique⁷². L'éducation par le savoir se mettait en place et marquait le début d'un courant majeur de l'éducation de l'enfance déficiente.

On remarquera également que J-M. Itard avait de façon résolue, à un moment de transition où la pédagogie oscillait encore entre science et philosophie, mis en œuvre sa conviction d'une éducatibilité possible et posé le bienfondé de l'utilité de la démarche scientifique mise au service de l'éducation,

L'influence d'E. Condillac, chef de file de l'école sensualiste et empiriste, n'était par ailleurs pas étrangère à ce développement des intentions pédagogiques de J-M. Itard, qui reposaient sur l'idée que les sens et non pas le seul langage permettaient à l'enfant (en latin *infant* c'est celui qui ne sait pas parler), pour peu que l'on invente des moyens de s'en occuper, d'apprendre et de développer son intelligence.

Toutefois sa démarche posera également la question de savoir jusqu'où peut aller la volonté d'éduquer et quelle en est la limite, P. Meirieu (1995) parlera à cet égard de la tension qui existait parfois entre l'instrumentation et la rationalité pédagogique d'un côté et l'interpellation de la responsabilité éthique de l'autre.

1-6. CONCLUSION

En France, la période du XIX^e siècle a été considérée par certains comme étant celle de l'âge d'or de la pédagogie. Elle sera également caractérisée par le développement extrêmement important notamment de l'enseignement public élémentaire⁷³.

Parallèlement l'enfance était désormais et de plus en plus reconnue dans sa singularité et prise en compte dans des structures lui étant spécifiques et avec des enseignants de mieux en mieux formés à des approches pédagogiques⁷⁴, issues des progrès de la psychologie débutante, mais aussi et surtout de la médecine éducative en plein développement.

⁷² M. Montessori reconnaissait que les premières expériences de J-M. Itard étaient aussi les premières de la pédagogie expérimentale.

⁷³ Après celui du secondaire au XVI^e et du supérieur au XII^e ; On remarquera que ces enseignements s'étaient constitués de façon pyramidale en commençant par celui qui avait d'abord été dispensé et réservé à « l'élite sociale » du pays.

⁷⁴ Il y avait, selon le rapport sénatorial d'Abel Ronjat : environ 31 écoles normales primaires en 1831, on passa à 47 en 1833, à 73 en 1835, 76 en 1851 et 98 en 1879 (79 écoles normales de garçons et seulement 19 de filles). E. Badinter proposera une explication à ce déséquilibre entre les garçons et les filles, qui dura au moins jusqu'à la fin du XIX^e siècle. : « l'opinion dominante était si hostile aux femmes qui faisaient de longues études ou à celles qui cherchaient à faire carrière (dans la

L'accession à la santé et plus généralement à l'hygiène, elle aussi, était de plus en plus considérée comme un enjeu public majeur devant relever à ce titre de l'Etat.

Par ailleurs la prise de conscience des différences entre ce qui relevait de l'éducation familiale d'une part et des institutions éducatives qui lui étaient extérieures d'autre part et on pense principalement ici à l'école, déjà très marquée s'amplifia considérablement.

Passion et raison, comme pour ce qui concernait les soins à donner aux malades mentaux, étaient deux concepts qui à nouveau se faisaient face pour s'ériger, tout en devant nécessairement cohabiter, comme les deux pôles résolument différents de notre condition et de notre destinée « d'individu social ».

L'individu devra alors se conformer à la nature de cette éducation, car cette société a agi avec raison pour que l'ordre règne et non avec la passion⁷⁵ qui est le propre de l'homme et cause de désordre.

Le problème de la scientificité de l'éducation, surtout celle relative à l'enfant, se posa également dans un siècle où le scientisme et le positivisme étaient intensément de règle, entraînant des interrogations sur la nature des savoirs qui étaient enseignés et sur celle de l'enseignement qui permettrait de les dispenser.

L'idée que se mettait en place un changement de paradigme général de la société française est évidente dans le contexte de ce siècle, compte tenu des objectifs que cette société se fixait à travers ses diverses composantes.

L'éducation devenait le moyen privilégié de généraliser et de développer par des dispositifs d'apprentissage les processus et les conditions de l'adaptation de l'individu dans/à la société en mutation à laquelle il appartenait⁷⁶.

médecine ou l'enseignement supérieur par exemple) que la plupart s'en tenaient volontiers à une « honnête médiocrité » (1980, p.262).

⁷⁵ Platon fût l'un des premiers à théoriser au sujet de la passion. Dans son ouvrage *La République* il la localisera dans une partie de l'âme appelée *Epithumia*, siège de nos désirs primaires, le *Logistikon* étant celui de la raison, de la pensée, de l'accès à l'intelligibilité. L'harmonie de l'âme résulte d'un équilibre entre ses différentes parties. Lorsque la répartition entre des forces actives et passives se dérègle sous l'effet des passions envahissantes, l'âme en est perturbée et l'on parlera de « maladie de l'âme » avant de parler de folie. On retiendra que les pensées de Platon et d'Aristote en la matière resteront dominantes pendant plusieurs siècles en Occident et en particulier en France.

⁷⁶ Pour J-G. Fichte ([1807-1808], 1992), philosophe allemand empreint du courant idéaliste et romantique de son époque et de son environnement, l'école devait concerner l'ensemble du peuple et ne pouvait donc être que publique et nationale car la finalité de l'éducation devait s'incarner dans la nation, où là seulement l'homme pouvait se réaliser. En France F. Guizot particulièrement souligna l'importance du rôle de l'Etat en la matière : « l'Etat donne l'éducation et l'instruction (publique ou privée) à ceux qui n'en recevraient point sans lui, et se charge de les procurer à ceux qui voudront les recevoir de lui » (1816, p.1).

La question de l'éducation se posait avec de plus en plus d'acuité dans tous les corps constitués de la société française, elle y était devenue de façon majeure une forme sociale dominante et à ce titre elle s'empara également des problématiques relatives aux troubles mentaux que les médecins aliénistes, qui appartenaient à la société que nous venons d'évoquer, avaient fait leurs.

Cela les conduisit d'abord à poser la question de savoir quelle place pouvait avoir l'éducation dans l'altération mentale individuelle et sociale de l'individu et ensuite d'envisager s'il était possible d'y remédier par le même moyen et pour les mêmes finalités.

C'était le début de l'effectivité d'une équation où l'éducation devait permettre de soigner et certains soins d'éduquer, dans une institution asilaire puis psychiatrique qui sera à terme explicitement interpellée par la psychothérapie et la pédagogie.

CHAPITRE 2. LA RENCONTRE DE L'ÉDUCATION ET DE LA FOLIE AU XIX^e SIÈCLE

2-1. INTRODUCTION

La question de l'éducation ne s'est pas posée qu'à l'asile et en psychiatrie et nous rappellerons que dans le chapitre précédent nous avons circonscrit son étude juste à ce qui nous serait utile au développement et à l'explicitation d'une problématique qui pose l'examen de ses relations avec un des objets de la folie, considérée sous la forme de la prise en charge spécifiquement médicale et institutionnelle des troubles mentaux⁷⁷.

J-C. Passeron postulait que : « l'éducation n'est un bien vacant dans aucune société⁷⁸ », pour D. Hameline qui le citait et reprenait cette pensée il n'y a :

« Rien d'étonnant à ce que, dans une période d'expansion, de systématisation et d'organisation éducatives, comme l'est la seconde moitié du XIX^e siècle, les propos sur l'éducation soient le fait quasiment de tous les groupes, corps sociaux, instances ou particuliers, qui en mesurent les enjeux et en apprécient les suites [...] l'idéal pédagogique d'une époque exprime avant tout l'état de la société à l'époque considérée » (2014, para.20-21).

Ainsi l'éducation ne serait pas seulement un produit, un résultat, mais aussi un projet sociétal conduit à s'institutionnaliser, cette propension était d'ailleurs déjà ancienne en France puisque P. Ariès (1971) faisait débiter cette tendance à l'institutionnalisation de l'éducation au XVII^e siècle.

Dans ce contexte les psychiatres furent à l'image de leur époque et mobilisèrent dans le domaine des soins⁷⁹, ce qui résultait de l'état et de l'évolution des concepts et des avancées de l'éducation en général, forme sociale devenue dominante en France.

⁷⁷ F. Laplantine précise : « La lecture des Histoires de la médecine en Occident nous a semblé particulièrement intéressante de ce point de vue. Toutes celles que nous avons consultées - à l'exception d'une seule, Lichtenthaler, 1978 - décrivent le long cheminement qui va de l'obscurantisme pré-hippocratique jusqu'à l'avènement de la « science » médicale fondée sur l'objectivation des désordres du corps » (1993, p.346). P. Bernard, C. Brisset et H. Ey ajouteront que : « La psychiatrie cette branche de la science médicale dont l'objet est la maladie mentale, n'a pu se constituer que dans la mesure où la maladie mentale s'est dégagée assez clairement » (1989, p.58). Cela selon eux n'a pu se faire que dans la mesure où P. Pinel la fonda conceptuellement et théoriquement, dans deux ouvrages principaux, le premier en 1798 : *La Nosographie philosophique* et le second en 1801 : *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Pour G. Swain (1976) ce dernier ouvrage où il théorise pour la première fois le « Traitement moral » sera la pièce maîtresse de son œuvre et elle explique son succès : « dans le *Traité médico-philosophique*, dit-elle, toute une époque du savoir s'est reconnue et a reconnu le lieu de sa rupture avec le passé. Elle y a vu tout à la fois la transcription au clair de ce qu'elle portait de façon latente et le point de départ d'une ère nouvelle » (1976, p.224).

⁷⁸ Pour G. Simmel l'éducation est même un invariant de la condition humaine, ce qu'il appelait : « une forme formante », c'est à dire dominante, intrinsèque à la structure de ses énoncés, mais « pure » car indépendante de la variété historique de ses contenus (Vandenbergh, 1999).

Tout comme les asiles d'autres institutions⁸⁰ se sont également constituées à partir et grâce à l'éducation et à des processus éducatifs, considérés comme actifs, pour atteindre les objectifs fixés par ceux qui avaient le pouvoir de le faire. Ceux qui s'intéressèrent à cette problématique furent alors selon G. Avanzani : « confrontés à la question de savoir si et comment un individu pouvait être considéré comme le seul produit de son éducation » (1987, p.22).

Cette dernière ajoute-t-il, en partageant cette idée avec M. Lobrot (1971), étant considérée comme une science de l'influence s'exerçant dans le cadre de pratiques sociales et relevant des conditions de l'environnement dans lequel elles se réalisaient.

Formulé autrement, comme l'évoque R. Lafont (1950) il en résulta que la question de la dépendance de l'individu dans son milieu et celle de son adaptation à ce milieu, étaient devenues des enjeux cruciaux pour l'éducation⁸¹.

2-2. EDUCATION, PROGRES ET FOLIE

Au XIX^e siècle se posa explicitement dans le périmètre de notre travail, la question des bienfaits présumés de l'éducation et du progrès, ainsi que celle de leurs effets sur l'activité mentale de l'individu et des dérèglements qui pourraient en résulter.

Il s'agissait de savoir si le développement très important des connaissances était la source d'un progrès de civilisation pouvant causer aliénation sociale et folie.

⁷⁹ Ceux-ci, reposant fondamentalement sur l'empirisme, étaient nombreux et n'avaient guère variés depuis des siècles, l'on trouvait tout à la fois l'utilisation de purgatifs, de vomitifs, de sédatifs, de bromure, de barbituriques, de diurétiques, voire de curare... qui cohabitaient avec les lavements, les cataplasmes, les ventouses, les frictions, la diète, des activités physiques, l'hydrothérapie avec des bains ou des douches, tièdes, chauds, froids... et l'inévitable saignée dispensée sans mesure et bien souvent sans discernement. Au décours de l'évolution de l'implantation des asiles eux-mêmes, considérés comme moyen de « curation », on ajoutera l'isolement comme moyen de traitement, le traitement moral par la sujétion, les moyens de distraction de la folie, sous la forme d'activités diverses bien souvent collectives dont : la danse, la musique, la peinture, le sport, le travail... Cela fera dire à P. Morel et C. Quérel : « C'est précisément la profusion des thérapeutiques de la folie qui nous fait penser que loin d'avoir été abandonnés à eux-mêmes, les fous ont été souvent soignés, chez eux d'abord, puis au XIX^e siècle, de plus en plus souvent dans le cadre de l'asile » (1985, p.265). On peut aussi lire sur la question : Colin, H. (1912). *Le quartier de sûreté de Villejuif : aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles* ; Fauvel, A. (2005). *Témoins aliénés et « nouvelles Bastille »*. Une histoire politique sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914).

⁸⁰ E. Fechner (2001) démontra par exemple comment ce fût le cas dans les Compagnies minières.

⁸¹ Au début du XIX^e Siècle et pour la première fois de façon conséquente, il sera établi un lien explicite entre la santé, des causes sociales et le fait que l'éducation aurait un rôle à jouer en la matière, G. Vigarello avance : « la faiblesse physique est explicitement liée à une faiblesse du savoir, [...] le déficit sanitaire de l'ouvrier ou du paysan tient à l'ignorance, [...] les populations laborieuses ont à être éduquées, elles doivent suivre une instruction. De cette entreprise dépendent leur travail comme leur santé. L'état qui a rompu avec les légitimités religieuses et hiérarchiques d'Ancien Régime doit non seulement être hygiéniste, il doit aussi être pédagogue » (1999, p.206). Il en résultera selon lui : « ces innombrables entreprises pédagogiques, caractéristiques du XIX^e siècle, cette volonté de transformer les comportements par les lumières, cette insistance sur la moralisation et le savoir (car) partout où l'instruction pénètre, les excès diminuent » (*Ibid.*, p.264).

Dans ce registre de pensée et afin de l'explorer davantage, L. Huffschumitt posa clairement dans sa thèse la question de savoir si la civilisation, telle qu'on le concevait et qui se développait au XIX^e siècle était favorable au développement de la folie.

Il y montrait que de nombreux savants considéraient la folie comme un événement historique, né avec la civilisation, qui par les modifications qu'elle entraînait et par ce qu'elle exigeait de l'individu pour qu'il s'y adapte, était indirectement une cause de folie.

E-J. Georget lui-même (1836), célèbre psychiatre, émettait l'avis que c'était la servitude des peuples sauvages qui les préservait de la folie tandis qu'un auteur allemand O. Spingler soulignait : « le nombre des aliénés [...] s'accroît avec la somme de libertés qu'amène la civilisation moderne » (1951, p.144).

La folie était ainsi le pendant du progrès intellectuel et un paradoxe aurait voulu que plus la civilisation se développait plus il y avait d'aliénés en puissance. A l'inverse chez les indigènes « peu civilisés » et proche de l'état de nature, on n'aurait trouvé trace que des formes élémentaires de la folie⁸².

Remarquons que pour L. Huffschumitt (1993, 2013) l'état de fait où l'internement permettait de soustraire à l'environnement perturbateur celui qui en était la victime, avait justifié en grande partie la dimension éthique de l'isolement des aliénés⁸³.

On soulignera également pour terminer que la remise en cause des principes mêmes de la civilisation reposant sur le progrès n'était guère concevable pour la plupart des hommes de sciences qu'étaient les aliénistes, emprunts du positivisme ambiant et fondant de grands espoirs sur l'avancée de la science et de la société.

⁸² On peut lire également sur la question l'ouvrage de J. Moreau de Tours. (1843) : *Recherche sur les aliénés en Orient*.

⁸³ Dès 1815, J-E. Esquirol avait déjà établi l'impérieuse nécessité de devoir isoler les « fous » afin de pouvoir les traiter avec efficacité. Cette exigence sera le dogme de tous les aliénistes du XIX^e siècle. B. de Fréminville le traduisait d'une formule explicite : « La place des fous est à l'asile, on les y protège et on les soigne mieux qu'ailleurs » (1977, p. 21). E. Régis était plus disert : « L'isolement, consiste à soustraire le malade à son entourage habituel, au contact des personnes et des choses qui lui sont familières, au milieu dans lequel il vit, où son mal a pris naissance et s'est développé, rien n'est pire que le maintien de l'aliéné dans sa propre demeure et la continuation de son existence au milieu des siens » (1923, p. 984). P. Bercherie concluait que : « L'isolement est à la fois une mesure de sécurité et un puissant moyen de traitement (1991, p. 28) et F. Broussais (1839), à l'instar de d'A. Tardieu (1872) en fera la condition principale de tout traitement ultérieur. La nécessité et la justification de l'isolement feront donc l'objet d'un consensus généralisé, à de rares exceptions (L. Turck par exemple), non sur le principe coercitif d'un enfermement de type carcéral, mais pour protéger le malade à la fois de ses passions et des influences néfastes de son environnement extérieur : au chaos devait faire place le rationnel, grâce à un milieu que l'on concevait pour cela (Lanteri Laura, 2004). Il restait à légiférer pour donner un cadre réglementaire à cette procédure d'enfermement, qui apparaissait comme essentielle aux aliénistes, ce sera chose faite à la suite de la mise en place de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838, qui ne sera abrogée que par la loi n° 90-527 du 27 juin 1990, elle-même remplacée par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011.

A. Parchappe (1843) toutefois établira explicitement un lien entre « la folie⁸⁴ » et la transformation du mode de vie et de « l'activité intellectuelle » qui en avait résulté à la suite de la modernisation et de l'industrialisation de la civilisation occidentale.

Lorsqu'enfin au début du XX^e siècle, à la naissance d'une éthno-psychiatrie débutante, on reconnaîtra que c'était une erreur de penser que la folie était rare chez les peuples « moins développés », la civilisation ne faisant que complexifier des problématiques déjà préexistantes, la question des liens entre la société et la folie, sous la forme de l'expression de troubles mentaux, resta posée dans des termes différents toutefois.

On considéra en effet de plus en plus que la folie et l'aliénation reposaient non pas sur le fait social tel qu'il était exprimé et qu'il pouvait être décrit, mais sur la dynamique qui l'avait généré, en le concevant.

On ne cherchera donc plus à comprendre la folie uniquement telle que l'on pouvait la décrire, mais telle que l'on était capable de la penser et de cette manière on en vînt à s'occuper de l'enfance et de sa relation possible à la folie et à l'éducation.

2-3. ENFANCE, FOLIE ET EDUCATION

On peut assez rapidement constater dans la littérature d'époque que les références à l'éducation de l'enfant étaient fréquentes et explicites chez les aliénistes à commencer par P. Pinel (1809) le fondateur, qui dès le début du siècle interrogea cette question à deux niveaux.

Le premier c'est en constatant qu'une éducation non réussie de l'enfant était susceptible d'entraîner des troubles mentaux.

Le second en postulant que l'asile pouvait avoir une fonction éducative soignante, mais aussi substitutive d'une première éducation, qui aurait été déficitaire lors de l'enfance.

En fait très vite et pour de très nombreux aliénistes, les « fous » furent considérés comme des enfants qui n'auraient pas ou mal grandi et F. Broussais (1839) d'une façon lapidaire résuma une pensée dominante, qui était que les fous devaient être assimilés à des enfants turbulents de 14 à 15 ans.

⁸⁴ Selon J. Thuillier (1996) le terme de fou (celui qui divague, qui erre, trouve son origine dans le latin *Follis* et s'utilisait déjà au XI^e siècle, folie de même que fol apparaissent quant à eux pour la première fois dans un écrit : *La chanson de Roland* en 1080. L'étymologie grecque pourrait correspondre à *Phaulitzein* : déprécier, avilir et *Phaulos* : sot, chétif, ignorant.

Que cette question de l'enfance se soit posée très tôt en ces termes chez les aliénistes n'est pas en soi surprenant dans un contexte où, nous l'avons évoqué, ce concept se singularisait et s'affirmait de plus en plus dans sa spécificité et son importance (Pelicier & Thuillier, 1979).

De la même façon nous avons aussi souligné combien l'éducation avait acquis dès le début de ce siècle une place et une fonction prévalentes dans ses effets potentiels individuels et collectifs.

P. Pinel précisait :

« L'éducation des enfants peut être dirigée tellement à contre sens, et ses effets se combiner si bien avec une faiblesse originaire de l'entendement, qu'il y ait du doute sur ce qu'on doit attribuer à l'une de ces causes plutôt qu'à l'autre [...] L'analogie entre l'art de diriger les aliénés et celui d'élever les jeunes gens ! C'est une grande fermeté que l'un et l'autre exigent, et non des manières dures et repoussantes ; c'est une condescendance raisonnée et affectueuse, et non une complaisance molle et asservie à tous les caprices. Par quelle fatalité ce que la raison prescrit devient-elle si rare qu'on peut même le regarder comme un prodige » (1809, p.17-18).

F. Leuret constatait : « entre les enfants et les aliénés il y a de nombreuses analogies » (1840, p.157) et J-P. Falret (1864) parlait d'un enseignement mental lié à la fonction éducative que possédait l'asile et qui permettait d'agir sur les aliénés comme sur des enfants.

Les exemples de cette représentation abondent et sont principalement selon G. Vigarello le résultat de pratiques éducatives antérieures reposant sur la place devenue déterminante de l'enfance comme socle du développement futur de la personne :

« Les pratiques éducatives, enfin, résument les attentes d'endurcissement du 18^e siècle. Elles leur donnent même tout leur sens : Les faiblesses ne s'amorcent-elles pas avec le premier âge [...] Pour donner une description exacte des maladies d'après leurs causes originaires, il faut commencer par jeter un coup d'oeil sur la manière ordinaire de conduire les hommes dans l'enfance » (1999, p.169).

C'est ce qui se fera entre autre et particulièrement dans les asiles et qui posera de façon durable la question des processus de socialisation qui y furent actifs, parce que fondamentalement le traitement de la folie était issu de la même matrice idéologique que celle de la question sociale en général (Castel, 1995).

Il sera alors proposé à celui que l'on considérerait comme un incapable du fait de sa folie le statut d'un enfant dépendant d'une tutelle et d'un internement, pour le soigner, mais aussi pour le (re)socialiser, pour le (ré)-éduquer (De Munck, 2004).

A cet égard R. Boudon et F. Bourricaud (1982) distinguaient deux dimensions possibles et consécutives à cette socialisation, qu'ils estimaient comme relevant du processus d'assimilation des individus aux groupes sociaux.

La première se situant principalement dans le registre de l'éducation familiale s'apparenterait à un dressage, afin de conditionner et se réaliserait par des apprentissages cognitifs ou corporels faisant assimiler par l'enfant, qui les intériorisaient, des normes, des valeurs et des attitudes.

La seconde aurait davantage à voir avec la sphère de l'interaction sociale extra-familiale et reposerait cette fois sur les résultats d'un apprentissage social et socialisé, fondé sur la dynamique de l'intériorisation des effets des actions réciproques, ayant été établies avec l'environnement humain et situationnel.

Toutes deux conduiraient au phénomène de : « l'optimisation » lorsque l'individu recherche par ses attitudes sociales à trouver un équilibre qui corresponde au mieux à ses intérêts.

Ces auteurs précisent, à l'instar de ce qu'évoquaient déjà certains aliénistes, dont P. Pinel que la socialisation première pouvait être la cause d'une « perception inadéquate » de la situation, prise en compte dans « l'actualité d'un processus de socialisation secondaire de la personne ».

En effet ajoutent-ils :

« Les attitudes normatives peuvent exercer une action inhibitrice préjudiciable à l'acteur social [...] Dans le cadre de l'interaction il est alors important de tenir compte et d'estimer le degré d'intériorisation des normes (en fonction de leur pouvoir et de leur contraintes appréciées, évaluées) et de leur impact sur le développement cognitif et comportemental » (*Ibid.*, p.530).

G. Simmel dans le même registre d'idée, en évoquant l'exemple de la pauvreté, parlait dans ce cas de socialisation immédiate :

« C'est seulement à l'instant où ils sont secourus dans bien des cas, dès que la situation rend ce secours normal, même sans qu'il se réalise qu'ils (les pauvres) entrent dans un cercle caractérisé par la pauvreté, c'est l'attitude collective de la société qui le détermine puis en assure la cohésion » ([1908], 2013, p.488).

Le paradigme de l'interaction⁸⁵ est sans conteste pour R. Boudon et F. Bourricaud le mieux à même de prendre alors en compte la différence entre la socialisation primaire (époque de l'enfance) et la socialisation secondaire qui lui succède et qui partiellement remet en cause la première, d'abord à l'adolescence, puis à l'âge adulte.

Cela suggérant une hypothèse qui postulerait que les résultats de la première phase de socialisation n'étaient pas irréversibles et une conséquence qui laisserait envisager que pour autant il ne fallait pas sur-socialiser l'homme.

C'est à cette problématique de la socialisation que furent confrontés les médecins aliénistes puis les psychiatres du XIX^e siècle, ce qui les engagea à s'interroger sur le rôle et la fonction de l'éducation et de l'éducabilité telles qu'elles s'exprimeront dans les asiles, en particulier lorsque se dessineront les contours de l'éducation dite spécialisée.

2-4. LA NAISSANCE DE L'EDUCATION SPECIALISEE

Dès le XVIII^e siècle l'éducation avait été convoquée de façon explicite dans les asiles de l'époque pour s'occuper d'enfants et dès le milieu du siècle suivant on mettra en place au sein des asiles des quartiers spéciaux, pour enfants arriérés tels qu'on les appelait⁸⁶, où certains médecins aliénistes s'inspireront de J-M. Itard en particulier, pour mettre en place des traitements novateurs que l'on qualifiera plus tard de médico-psychologiques (Gardou & Plaisance, 2001).

On peut notamment citer parmi eux E. Seguin (1846) qui en 1842 dirigea l'école spéciale de l'hospice de Bicêtre ou D-M. Bourneville (1895, 1897) qui exerça au même endroit en 1879 et participa activement à l'instauration de classes de perfectionnement, annexées aux écoles primaires et où les infirmières étaient aussi des institutrices.

C'était l'époque aussi, comme dans d'autres domaines, où on chercha pour des logiques bien souvent institutionnelles et socio-économiques plus que thérapeutiques, à différencier et à ranger dans des catégories tant les aliénés que les arriérés.

⁸⁵ Résultant des échanges réciproques constant entre les individus (les uns avec les autres, pour et contre les autres), les processus d'interactions (*wechselwirkungen*) opèrent des associations (*vergesellschaftung*), toutes sont alors l'expression des relations indissolubles de l'individu avec la société et des processus de socialisation qui en résultent (Vandenbergh, 1999). Ces processus d'interactions seront déterminants dans le champ psychiatrique.

⁸⁶ On peut lire sur la question : Ferrus, G. (1845). *Rapport au Ministre de l'intérieur sur l'établissement d'E. Seguin pour le traitement et l'éducation des enfants idiots* ; Bourneville, D. (1890). *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés* ; Seguin, E. (1825). *Rapports et mémoires sur l'éducation des enfants anormaux* ; Simon, T. (1937). *Cinq nouvelles conférences sur la pédagogie des enfants arriérés*.

Pour ces derniers par exemple on les classa⁸⁷ en idiots, imbéciles, ou débiles par ordre décroissant de déficit intellectuel et l'on distingua ceux qui apparaissaient comme pouvant être « éduqués », tandis que les autres, pour lesquels on estimait cela comme impossible, n'étant que « soignés ».

A. Binet et T. Simon (1904) en viendront à différencier, en présupposant que la « norme » pouvait être posée scientifiquement, les « anormaux d'école » et les « anormaux d'asile », non éduquables et qui n'avait pas à être éduqués, car ils étaient « incapables de gagner leur vie ».

J-P. Falret, mais aussi par exemple son collègue F. Leuret, exprimèrent leur désaccord contre cette tendance à l'abandon de toute démarche éducative et scolaire à l'asile et tentèrent au contraire de concourir à l'implantation d'écoles au sein même des asiles, avant de les considérer comme intrinsèquement et potentiellement éducatifs.

La problématique de l'enseignement spécial des enfants enfermés à l'asile se posait donc de plus en plus, de même que la question concomitante du handicap et des démarches qui pouvaient en résulter au niveau de l'éducation et de la scolarité.

On remarquera d'ailleurs à cet égard que pour L. Vygotski, tel qu'il le développa dans son livre *Déficiences et défectologie mentale* ([1927-1928], 1994), un enfant présentant un défaut n'était pas obligatoirement un handicapé, si ce défaut avait été compensé au niveau social.

Nombre d'aliénistes accordèrent beaucoup d'importance à la dimension de l'interaction sociale dans l'approche éducative de la prise en charge des troubles mentaux. L'un d'entre eux, J-P. Falret développa d'ailleurs, dans une de ses célèbres leçons, données à la Salpêtrière, pourquoi un groupe social et plus globalement l'institution asilaire, pouvaient utiliser dans le cadre des prises en charges soignantes, l'apprentissage et l'éducation.

⁸⁷ Selon une classification communément admise au XIX^e siècle. Lire à cet égard : S. De Sanctis. (1905) : *Types et degrés d'insuffisances mentales*.

2-5. L'EDUCATION ET L'INSTITUTION ASILAIRE

D'emblée on avait compris, dans tous les registres de la société et pas seulement dans les asiles, qu'éduquer ne relevait pas que de l'apport de connaissances et que l'institution en elle-même pouvait avoir un rôle à jouer au niveau éducatif et si un aliéniste comme E-J. Georget (1820), par exemple, limitait la portée de l'influence de cette éducation, ce n'était pas le cas pour bon nombre de ses confrères.

P. Bercherie (1991) confirma que la question de l'éducation et de son lien avec l'asile avait été dès 1809 explicitement et fortement abordée par P. Pinel.

J-P. Falret en disait :

« Il en est de ce milieu nouveau, dans lequel on place un aliéné, comme de celui qui coopère si puissamment à l'éducation de l'enfant ou de l'homme en général. On s'étonne de la multitude de choses que l'enfant apprend en si peu de temps, par le contact continu avec les hommes. Cette éducation qu'il reçoit à chaque instant, et à son insu, de tous ceux qui l'entourent est même plus utile et plus puissante que celle qu'on cherche à lui donner par un enseignement central » (1864, p.684).

Sans doute pensait-il alors comme E. Dupouy : « qu'on s'imprègne des idées qui font atmosphère autour de soi » (1907, p.39).

Pour J. de Munck par ailleurs il y avait eu d'emblée une analogie très forte entre l'asile et l'école et il précisait en quoi : « La liberté et la responsabilité subjective qui sont encore reconnues à l'aliéné, par-delà sa maladie, se combinent avec sa moralisation, son immobilisation et sa subordination asilaire. En cela, l'asile présente un air de famille avec des institutions paternalistes comme l'école, la workhouse⁸⁸ et le patronage industriel » (2004, p.162).

De cet auteur on retiendra également l'idée, déjà prise à son compte par G. Simmel, que les espaces institutionnels, en l'occurrence ici l'asile mais aussi l'école, n'étaient que des communautés sociales fondées sur des intentions et des interactions humaines réciproques, il n'était de ce fait pas étonnant qu'on leur trouve des éléments de similitude, il précisait : « L'espace n'est jamais qu'une activité de l'esprit, que la manière humaine de réunir en visions cohérentes des sensations en soi sans lien [...] (la délimitation de ces espaces institutionnels

⁸⁸ Maison de travail : hospice fermé pour aliénés et personnes sans domicile fixe, en usage dans l'Angleterre des XVIII^e et XIX^e siècles.

n'était donc pas) un fait spatial avec des conséquences sociologiques, mais un fait sociologique qui prend une forme spatiale » ([1908], 2013, p.600).

C'est l'esprit qui confère à l'espace sens et fonctionnalité et non l'inverse (Pelicier, 1983).

L'espace a donc un rôle sociologique et G. Simmel précisait : « l'action réciproque fait de l'espace, jusqu'alors vide et néant, quelque chose pour nous, elle le remplit tandis qu'il la rend possible » (*Ibid.*, p.601).

En son temps P. Pinel avait déterminé le sens de l'espace qui était celui de l'asile :

« Bref l'asile doit être un centre de rééducation modèle et panoptique [...] où la soumission est le premier pas vers la guérison [...] Là (à l'asile) il sera soumis à une discipline sévère et paternelle, dans un monde entièrement réglé par la loi médicale. Par le jeu dosé des menaces, des récompenses et des réconforts, par la démonstration à la fois d'une grande sollicitude et d'une grande fermeté, il s'assujétira progressivement à la tutelle médicale et à la loi collective de l'institution, au travail mécanique et à la police intérieure qui la règle⁸⁹ » (1809, p.17-18).

On perçoit ici l'objectif explicite d'avoir une action éducative dans les asiles qui ne se limiterait pas à l'instruction, ou plus précisément à une relation aux savoirs constitués, tel que M. Guyau le mettait en avant : « L'éducation la meilleure est celle qui n'est pas seulement instructive, mais suggestive et conséquemment directrice ; celle qui introduit dans le cerveau non pas seulement des connaissances susceptibles d'un double usage comme disait Socrate, mais des sentiments sociables et des habitudes d'agir » (1898, p.128).

Encore fallait-il se préoccuper de ce qui permettrait cette action suggestive et directrice que l'on estimait comme pouvant être salvatrice sur les aliénés, la « raison » en sera le support.

On précisera que la « raison » pour les aliénistes n'était pas l'inverse de la folie, qui aurait été considérée comme « déraison », mais un ensemble composite de la sphère psychique dont les fonctionnalités permettaient d'avoir une action sur cette folie, ou pour le moins sur l'expression de certains des troubles qui en résultaient⁹⁰.

⁸⁹ J-P. Falret précisera plus tard : « l'exemple de la soumission générale entraîne naturellement la soumission personnelle [...], cette soumission extérieure réagit ensuite sur son état intérieur et jusque dans le cours de ses idées » (1868, p. 694). L'objectif recherché, à ce qui s'apparentera à un véritable processus de socialisation, étant l'harmonie entre la sérénité extérieure et celle qui doit régner à l'intérieur de l'individu, si on ne peut pas y arriver de façon individuelle l'hypothèse est émise qu'au moins on pourrait peut-être y parvenir, grâce à l'asile, de façon collective.

⁹⁰ Le point de départ de la mise en œuvre du « Traitement moral », initié par P. Pinel, et que l'on peut définir comme toutes démarches thérapeutiques de nature mentale ou psychique (Daquin, 1791), réside dans le fait de considérer qu'un fou, un aliéné désormais, reste quelque'un doté de raison, même partiellement. V. Parant complétait : « L'erreur dont il s'agit est de croire

V. Parant (1888) développera en l'approfondissant cette thèse dans son livre *La raison dans la folie* et en particulier il mettra en avant que lorsque l'on parle de raison on interpelle « l'intelligence, le jugement, l'esprit de conduite et la logique ».

La raison n'est donc pas l'inverse de ce qui serait considéré comme étant le déraisonnable et l'auteur prendra pour conforter sa démonstration l'exemple de personnes qui souffrant de troubles mentaux continuent à travailler, en donnant d'ailleurs bien souvent toute satisfaction dans ce travail.

Il résultera de la généralisation de ce courant de pensée, largement partagé par les médecins aliénistes à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, que le travail sera proposé comme faisant partie des moyens thérapeutiques possibles et potentiellement efficaces pour soigner les aliénés, au-delà de ce qu'il pouvait apporter comme effets bénéfiques au niveau physique et économique.

En fait comme le dira plus tard P-E. Levy : « le malade veut d'abord guérir. Mais il se trompe sur les moyens à employer. Il faut les lui enseigner, éduquer cette volonté qui ne sait pas s'y prendre » (1925, p.24).

Pour R. Hubert l'éducation devait donc permettre d'accéder : « A un mode d'existence rationnel de la conscience théorique, et précise-t-il, elle aboutit [...] à une refonte de la personnalité telle qu'A. Ferrière la qualifia [...] à condition encore une fois qu'elle soit l'effet de son activité, l'être (alors) ne modifie pas seulement sa vision objective de l'univers, mais encore sa perception subjective de ses propres aptitudes » (1945, p.13).

Ce qui prime alors ce n'est pas l'accès à la connaissance, aux savoirs en eux-mêmes, ce qui permet aussi l'acte éducatif, mais l'objectif social et socialisant qu'on fixe à cet acte.

Tout objet extérieur, qui fonde la réciprocité sociale d'un individu, ne se conscientise alors qu'*a posteriori* en se reconfigurant sous l'action agissante et pratique de cette conscience, il ne s'agit pas tant alors d'une : « reconstruction de l'objet que d'une reconstruction du sujet dans son attitude à l'égard de l'objet » (*Ibid.*, p.13).

que raison et folie sont deux termes vraiment contradictoires qui s'excluent inévitablement l'un l'autre [...] et que, du moment où un individu présente des troubles intellectuels caractéristiques de la folie on ne doit plus attendre de lui rien qui conserve l'empreinte de la raison, en réalité la folie n'exclut pas la raison d'une manière absolue; celle-ci peut persister, et elle persiste ordinairement à divers degrés et sous diverses formes dans la folie la mieux caractérisée » (1888, p.1). F. Bérard, à l'égal de ce que pensait F. Leuret ou J-B. Loyer-Villermey, résumait de façon plus concise : « Le fou raisonne bien et activement sur des données fausses, ces données il les tire d'idées ou de passions venues du dehors et qui ont acquis une fixité, une ténacité telle qu'elles n'obéissent plus à sa volonté » (1823, p. 603). A. Lemoine, qui faisait remarquer que le terme moral, était relatif aux mœurs, et non à la morale ponctuait : « Le traitement moral est donc bien défini : c'est le traitement par les idées et les passions » (1863, p. 473). A la fin du XIX^e siècle on donnera le sens de mental à celui de moral. On peut lire sur la question : M. Gauchet, M., & Swain, G. (1986) : *Du traitement moral, remarques sur l'idée contemporaine de psychothérapie*.

Voilà qui s'apparente à de nombreux propos en la matière de médecins aliénistes et d'une approche qui était la leur de « l'action sur l'autre » bien éloignée d'un simple conditionnement, ce qu'on leur a très fréquemment reproché, avec souvent un peu de simplicité et sans doute beaucoup de démagogie.

La raison a ainsi été considérée comme la possibilité d'adaptation au monde extérieur à partir du moment où elle est interpellée, mise en action et non soumise à l'uniformisation (Blondel, 1893).

En tout état de cause et de façon générale on émettait là encore et à nouveau l'hypothèse que l'on pouvait agir sur « l'intime de l'individu », à partir du monde extérieur⁹¹ en empruntant la voie d'une raison toujours présente chez l'aliéné, même partiellement, afin de réaménager, par la suggestion, un moi perturbé et à l'origine de troubles mentaux.

Agir sur l'environnement c'était également déterminer des inférences sur la nature des interactions réciproques et socialisantes que permet l'éducation, conçue comme pouvant potentiellement participer et contribuer à une démarche de transformation de la personnalité ou de certains de ses attributs, que ce soit au niveau de sa formation éducative ou du soin.

A. Lalande le pensait également et évoquait que :

« Dans toute forme de société les éléments sociaux et leur retentissement transforment les caractères individuels [...] le psychisme individuel précise-t-il se dissocie, s'angoisse, se consolide ou s'oriente selon l'approbation ou la désapprobation que le développement du moi rencontre au plan social ⁹²» (1948, p.55).

H. Wallon considérait quant à lui qu'il s'agissait de poser une expérience :

« Qui implique la réflexion personnelle et qui surtout, en dernier lieu, conduit moins à l'acquisition des connaissances qu'à une reconstruction, une refonte intime du sujet lui-même [...] (en mettant) en avant le souci de provoquer l'esprit par le monde extérieur, de solliciter la raison dans

⁹¹ L'idée des médecins aliénistes que l'on pouvait agir de l'extérieur sur l'intérieur de l'individu, ainsi que d'imaginer des moyens de le faire, n'étaient pas que des vues de l'esprit, des vœux pieux ou l'expression d'une seule intention métaphysique. Leurs démarches étaient fréquemment empiriques certes, mais reposaient sur des mécanismes psychologiques qui furent ensuite éclairés par nombre de théories de l'apprentissage, même si on ne les qualifiait pas comme telles à l'époque. Ainsi peut-on évoquer les travaux de G. Tarde (1890) sur les processus de l'imitation, dans le contexte d'une approche microsociologique du quotidien ou plus récemment ceux d'A. Bandura (1980) relatifs à un apprentissage de comportements et de conduites pouvant relever d'une base vicariante.

⁹² G. Simmel précisait dans une approche qu'il disait devoir être considérée comme phénoménologique et non comme métaphysique : « L'affirmation de Kant, selon laquelle il ne peut y avoir aucune liaison entre les choses, puisque seul le sujet la produit, ne s'applique pas à la liaison sociale, qui au contraire s'accomplit immédiatement dans la relation réciproque qui fonde l'individu social » (Simmel, [1908], 2003, p.64). L'homme pour G. Simmel ne se résumait pas à lui-même, encore moins à la seule sphère de sa raison, et s'il pouvait se définir par des dispositions qui lui étaient intrinsèques, il était aussi dans la même mesure et avec la même importance par son autre moi, résolument social car émanant des actions réciproques entre l'individu et son environnement : « la pensée prit tout à coup conscience que d'une manière générale, tout phénomène individuel est déterminé par une infinité d'influences issues de son environnement humain » (*Ibid.*, p.40).

l'expérience mentale du raisonnement, l'éducateur considère donc celui-ci comme tout autre chose que la simple reproduction, par la pensée, de l'action sur le réel » (1934, p.73).

Le dépassement de soi s'effectuera alors par l'action.

J-P. Falret ne disait pas autre chose en parlant de ce qui était le fondement de ses intentions thérapeutiques : « les progrès de l'action se font de l'extériorité sensible à l'intériorité rationnelle, écrira-t-il [...] et la société est le nom commun des influences en nous » (1864, p.204).

C'est à ce titre que nous allons maintenant développer sa pensée.

2-6. L'ASILE ET L'ECOLE SELON J-P FALRET

Dans la douzième de ses célèbres leçons (1864) : *De l'utilité des écoles et des réunions pour le traitement des aliénés*, J-P. Falret exposa le rôle que les écoles pouvaient avoir à l'asile.

Si l'isolement du malade en effet lui apparaissait comme fondamental afin qu'il ne soit plus en contact avec un environnement devenu pathogène pour lui, cela pour autant ne suffisait pas à le soigner.

Pour le traiter plus particulièrement il fallait donc entrer en relation avec lui, en agissant directement sur sa raison ou sur ce qu'il en restait, afin qu'une interaction positive s'opère avec ce nouvel environnement que constitue l'asile, considéré non seulement comme protecteur mais cette fois ci comme potentiellement thérapeutique grâce aux activités qu'il pourra proposer⁹³.

J-P. Falret émettait alors l'hypothèse, fort répandue chez ses confrères : « (Qu') il faut mettre sans cesse sous les yeux des malades des objets étrangers à leur délire, en ayant le soin

⁹³ L'acte de naissance de la notion d'asile thérapeutique trouve son origine dans une *Inspection générale et permanente des hôpitaux civils*, créée en 1781 qui dénonça partout les conditions d'enfermement et de traitement des insensés, (du latin *insensatus* : qui n'est pas sensé, contraire au bon sens et à la raison). Elle aboutira à la Circulaire de 1785 de Colombar et Doublet intitulée : « *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leurs sont destinés* ». En 1788, J-R. Tenon, membre de la Commission de l'Académie des Sciences, sera chargé de la mission de se pencher sur la réforme pressentie des hôpitaux, il y dressa un constat sévère de leur état et précisa en particulier que pas un seul n'était dédié spécifiquement à la prise en charge des « fous » alors que disait-il : « un hôpital est un instrument de curation ». L'Hôtel Dieu était *a priori* le seul hôpital où « les fous » étaient traités », mais il ne comptait environ que 70 places et les « soins » semblaient se limiter à une durée de 5 ou 6 semaines avant que l'incurabilité soit prononcée.

de diriger tellement leur attention sur toutes sortes d'occupations, qu'ils soient dans l'impossibilité de songer au sujet de leur maladie » (*Ibid.*, p.701).

Cette méthode permettait aussi de s'occuper de plusieurs aliénés en même temps, ce qui était appréciable compte tenu du faible nombre de médecins aliénistes

En faisant apprendre aux aliénés la lecture, l'écriture, le calcul, le dessin, la musique, des morceaux de poésie « choisis dans nos meilleurs auteurs » on supposait que l'on pouvait fixer effectivement leur attention de façon prolongée, en la détournant de ce qui les faisait délirer, ce qui devait permettre d'obtenir un certain apaisement.

G. Hegel dans son ouvrage *Introduction à l'esthétique* disait à ce sujet :

« En s'épanchant dans les poésies et des chants, l'âme se dégage du sentiment concentré ; le contenu, douleur ou joie, qui était auparavant ramassé sur lui-même, subit une détente ; grâce à sa représentation, sa concentration est rompue et l'âme a retrouvé sa liberté à son égard. On commence à se rendre attentif à ce qui est susceptible de consoler et aux conseils insistant sur la nécessité de garder le calme et la sérénité. Telle est la base sur laquelle repose l'action formelle que l'art exerce (en plus d'une action normalisante) sur les sentiments et les passions⁹⁴ » ([1818-1829], 1964, p.6).

Les activités physiques en elles-mêmes par contre n'étaient pour J-P. Falret que des activités de « diversion », au contraire des précédentes, intellectuelles, qui étaient thérapeutiques et scientifiques.

Animé de ces intentions dès 1831 il ouvrira une école pour : « les idiots, imbéciles et autres aliénées chroniques ».

M. Double dans le cadre d'un rapport transmis en 1841 à l'Académie Impériale de médecine, examina la question de la création de ce type d'école dans les asiles, à partir du travail d'un autre médecin aliéniste dont nous avons déjà parlé en la personne de F. Leuret, nous en citons ici un passage significatif :

« Leuret crée une école élémentaire à Bicêtre et nous avons été émerveillés de son organisation ; Nous avons vu et entendu là des aliénés et des idiots, de divers âges et de différente

⁹⁴ La passion, sous la contrainte d'un environnement délétère, peut échapper à l'influence de la raison et altérer notre entendement. Puisque c'est notre psychisme qui qualifie la nature de nos passions et ses effets sur notre entendement, c'est donc à lui qu'il faut s'adresser pour pouvoir agir sur ces passions. Mais il convient tout autant d'avoir une action sur cet « extérieur », qui a provoqué cette passion, afin d'en juguler les effets potentiellement négatifs. L'asile, structure voulue comme rationnelle et susceptible de permettre la translation de cette rationalité fût donc pensé et organisé pour faire face, grâce à son organisation, au chaos qui était celui de la folie. On peut lire en particulier sur ce sujet les ouvrages de R. Descartes (1649) *Traité des passions de l'âme*, de Pigeaud, J. (1980). *Le rôle des passions dans la pensée médicale de Pinel à Moreaux de Tours* et de J-D. Vincent (1986) : *La biologie des passions*.

nature d'aliénation recevoir et donner par une sorte d'enseignement mutuel des leçons de lecture, d'écriture, de calcul, de géographie, d'histoire, de dessin linéaire, de chant. Près de cent aliénés ou idiots prenaient part soit comme acteur, soit comme auditeur à ces leçons et nous avons été frappés du calme profond et de l'attention soutenue qu'ils y prêtaient tous. Nous avons admiré surtout leur attention, cette faculté élémentaire de l'intelligence par laquelle on va vers tous les autres, source primitive de nos idées à laquelle on s'adresse toujours lorsqu'il s'agit de développer l'intellect de l'enfant et qu'il faut pareillement chercher à dominer quand on veut redresser l'intelligence faussée, égarée des aliénés » (1840-1841, p.703-704).

On remarquera que le même auteur semble plus disert sur l'effet général que ces différentes actions d'enseignement ont sur le comportement, en particulier sur le calme « profond » des aliénés, que sur le développement de capacités en terme d'apprentissage, une attention qui selon J-P. Falret permettait de juguler : « l'excitation qui les domine ».

G. Ferrus (1834), positiviste et physiologiste, pour ne citer que lui, était très réservé sur les effets de ces démarches éducatives, mais sans doute parce qu'il n'en voyait que la dimension de l'instruction, considérée uniquement sous la forme d'acquisition de connaissances formalisées.

Pourquoi, interrogeait-il, chercher à instruire des personnes qui l'étaient déjà et pourquoi essayer d'en instruire d'autres qui indéniablement ne pouvaient pas l'être, car elles n'en avaient pas les « facultés » ? C'était une amorce somme toute de la différenciation que nous avons évoquée précédemment entre l'aliénation et l'arriération mentale, mais aussi celle d'une réflexion pédagogique débutante sur les actions éducatives mises ou à mettre en place.

L'instruction n'est pas tout, lui répliqua J-P. Falret, et obtenir l'attention de l'aliéné est toujours déterminant quel que soit le cas de figure, d'abord parce qu'elle signe que l'aliéné n'est plus sous l'emprise totale de l'agitation résultant de son délire de folie et ensuite parce qu'elle permet de pouvoir se concentrer sur d'autres activités thérapeutiques.

L'influence de l'environnement pour atteindre ces résultats est ainsi primordiale, d'abord au niveau des activités proposées que l'on essaiera de centrer sur leurs intérêts, en prônant un véritable enseignement mutuel⁹⁵ : « on les rendra plus attentifs à ce qu'on leur enseignera par ce seul fait que leurs efforts auront un but plus attrayant » (*Ibid.*, p.696).

⁹⁵ L'enseignement mutuel, le « *monitorial system* » est une façon d'enseigner venue d'Angleterre qui s'est développé sous l'influence des pédagogues A. Bell (1798) et surtout J. Lancaster (1803) à partir de 1801. Cette façon d'enseigner reposait sur le principe que les élèves qui étaient les plus capables (les moniteurs) s'occupaient par petits groupes de l'apprentissage de ceux qui l'étaient moins, bien souvent par imitation du maître et en tout état de cause sous sa conduite générale et sa responsabilité. Cet enseignement, sous l'impulsion de la Société pour l'instruction élémentaire qui venait d'être créée, fût très actif en France entre 1815 et la loi Guizot de 1833. A partir de 1840 on passa à une forme d'enseignement dite simultanée, qui permettait que

Ensuite on tentera de valoriser la participation individuelle à des démarches collectives⁹⁶ pour renforcer l'attention grâce au mécanisme des interactions entre les individus et de la mutualisation des effets qui en résultent, pour cela des groupes de malades devaient pouvoir se réunir.

J-P. Falret ajoutera également à cet avantage de l'action commune, celui qui était mis en avant à la même époque, par les enseignants des écoles, de pouvoir agir en même temps sur beaucoup de personnes à la fois, avec des moyens humains en nombre limité.

Ce principe valait également pour les médecins aliénistes qui étaient en nombre très restreint dans les asiles, (on cite fréquemment dans certains asiles le nombre d'un médecin pour cinq cent internés) : « Le médecin, disait-il, ne peut consacrer qu'un temps très court à chacun de ses malades, le traitement individuel lui-même, autrement si difficile devient possible par l'effet de ces réunions » (*Ibid.*, p.709).

Enfin il terminera dans un tout autre registre par mettre l'accent sur le fait déterminant, pour lui comme pour nombre de ses collègues aliénistes, que les réunions avaient l'avantage de renforcer l'autorité du médecin et ce faisant l'obéissance des malades, garante de l'ordre de l'établissement.

J-P. Falret se situait dans une situation de compromis entre G. Ferrus et F. Leuret : ni tout physique, ni tout psychologique, car il mettait l'homme en avant, l'homme étant à la fois « âme et corps ».

Selon lui la fonction cérébrale, dont le substrat était physiologique, produisait des idées et des sentiments, qui s'exprimaient dans un environnement social qui leur faisaient écho, pour agir à son tour sur la fonction cérébrale.

La science ne permettait pas l'individuel, car les lois qu'elle produisait s'imposaient à tous de la même façon, ce qui justifiait de traiter de nombreuses personnes en même temps, de la même manière.

des élèves puissent recevoir de façon collective et uniquement de la part du maître, un enseignement en commun. Ce mode d'enseignement nécessitera une structure qui puisse permettre sa réalisation et cela se fera sous forme de salles de cours communes, que l'on qualifiera de classe.

⁹⁶ La dimension de la vie collective était déterminante dans les asiles, afin de favoriser l'optimisation de son organisation, mais aussi permettre les échanges entre les malades. On procéda ainsi à la création de réfectoires, de dortoirs, de sanitaires et de lieux d'hygiène, de sports ou de loisirs qui seront communs.

Le risque sinon était grand que l'aliéné ne s'abandonne qu'à lui-même et c'était la vie intérieure qui prédominait alors sur la vie extérieure, devenant la cause principale d'une folie possible.

C'est pourquoi il était très précis sur la fonction des asiles : « Les asiles sont organisés de telle façon que se sont de puissants moyens de guérison (par la discipline), il en est de ce milieu nouveau dans lequel on place un aliéné, comme de celui qui coopère si puissamment à l'éducation de l'enfance ou de l'homme en général » (*Ibid.*, p.684).

Ce qui se dégageait enfin principalement de la pensée de ce médecin aliéniste, c'était que l'éducation ne se résumait pas à l'inculcation de savoirs et de contenus formalisés. Elle n'était pas plus destinée d'ailleurs à conditionner et formater ceux qui en étaient les destinataires.

Mais elle reposait plutôt sur les effets de sa fonction structurante, tant au niveau de la personnalité de l'individu, que de son moi social⁹⁷, permis par la médiation et l'intermédiaire de l'action éducative, bien plus que par des contenus, qui n'étaient en l'espèce que des supports, des vecteurs de cette action.

Aussi cette éducation était-elle conçue et considérée comme devant être active et non subie, ébauche prédictive de ce qui se situera dans la mouvance de ce que l'on qualifiera plus tard comme étant celle de la pédagogie active.

De façon plus générale on retrouvait ce courant de pensée dans certaines approches envisagées de l'éducation scolaire des enfants (Appert, 1913).

⁹⁷ Pour G. Simmel (1908) l'homme vivant constamment en action réciproque avec d'autres hommes il en résulte, sur la base de sa singularité originelle, la constitution d'un moi social qui est le socle de son identité sociale. C'est ce qui sera fondateur de son être : « d'homme individuel ». Il importe alors de reconnaître à chaque individu sa particularité dans un dispositif social où pourtant chacun semble avoir de façon déterminée un rôle à jouer (Rancière, 1990), car la société n'est que la résultante de la combinaison de l'ensemble des relations de réciprocité et d'interdépendance que les individus entretiennent les uns avec les autres, mais où la vie intime toutefois a aussi sa place. L'individu est donc un « être subjectif » de par cette vie intime qui est la sienne, mais également et en même temps un « être social » compte tenu d'une vie sociale où nous ne nous réalisons que partiellement, dans des fonctions et des rôles différents et où nous ne sommes perçus, à partir de ce que l'on sait empiriquement de nous, que comme une partie seulement de ce que nous sommes dans la réalité. Nous ne serions ainsi que des fragments de nous-mêmes perçus de façon tout aussi fragmentaire. Si chaque individu a une vie intérieure, celle-ci est mise au service de sa vie sociale dans une place que sa « vocation intérieure » lui permettra de saisir, compte tenu de sa qualité et des offres qui pourront lui être faites, dans un cadre général d'opportunités offertes par la société à laquelle il appartient. Il en résulte une forme fondamentale du processus de socialisation (Simmel, [1908], 2013). En cas d'absence d'effectivité de ce processus non seulement l'individu n'est pas socialisé, mais cette anomie devient une source de tensions, de conflits et de problèmes psychiques, cette dimension d'ailleurs englobant mais ne se résumant pas à la psychologie. La question du moi social interpellera les psychiatres qui s'interrogeront sur la nature des liens et des actions réciproques entre l'individu et son environnement. Elle se fera à l'aune et avec l'aide d'une discipline nouvelle : la sociologie, qui sera fondamentale pour permettre d'en dégager des éléments novateurs de compréhension.

Il apparaissait en effet de plus en plus comme une évidence à beaucoup que l'individu ne pouvait pas être considéré comme un être inerte, malléable et façonnable à merci, mais qu'il était potentiellement actif et réceptif à l'interaction constante qu'il établissait avec son environnement.

Les démarches d'éducation devaient donc nourrir et se nourrir de cette activité afin de ne pas être que passives et subies. C'était bien alors la volonté qui était interpellée dans une démarche à la fois éducative et soignante.

Tous les confrères de J-P. Falret, novateur en la matière, ne penseront pas comme lui et en tout premier lieu les « anatomistes et physiologistes » rigoristes et de la plus pure tradition positiviste.

Parmi ceux qui partageront ses idées il convient également d'avoir quelques prudenances envers des pratiques qui virent le jour et qui, s'éloignant des intentions initiales, s'apparenteront de plus en plus, nous en examinerons les causes, à un strict conditionnement, pour devenir par la suite dominantes dans presque tous les hôpitaux psychiatriques⁹⁸.

Enfin on ne peut pas éviter d'évoquer dans ce contexte de l'asile du XIX^e siècle une contradiction et un paradoxe, le même que J. Fichte relevait à l'égard de l'école et de sa fonction, c'étaient qu'à partir de l'objectif de recouvrer une liberté, altérée par l'aliénation, on en était conduit à mettre en place des approches comportementalistes, très normalisées et l'on faisait ainsi et à la fois cohabiter dans un même mouvement liberté et contrainte (Vergnes, 2011).

Bon nombre de médecins aliénistes étaient toutefois persuadés de cette nécessité paradoxale et participeront comme dans les écoles, où le feront la plupart des enseignants, à la normalisation des espaces sociaux où ils auront à agir⁹⁹ (Cf tableau n°1 : L'aménagement de l'espace asilaire, p.77).

⁹⁸ L'objectif étant de normaliser le malade J. Postel qualifiera cette éducation de médicale : « il était donc inévitable, comme le rappelle R. Castel, que le traitement moral soit pris dans le cadre d'une analogie pédagogique. Pour annuler le désordre mental par une restructuration de la personnalité du fou, il faut adopter une attitude éducative vis-à-vis de lui, avec tout ce que cela doit entraîner d'inégalité entre le médecin, pédagogue-adulte, et le patient, élève-enfant » (1979, p.593).

⁹⁹ Différents espaces furent consacrés aux aliénés de façon spécifique compte tenu de certains de leurs symptômes, que l'on regroupait selon des caractéristiques communes principales qu'ils partageaient. Faisant référence à l'article 22 de l'Ordonnance du 18 décembre 1839, E. Renaudin (1863) précisait certaines de ces catégories de regroupement : la répartition des sexes - la distinction entre enfance et âge mûr - la spécialisation non selon la maladie mais selon l'état physique : on mettait donc les agités et les paisibles dans des sections différentes (45 au plus pour ces derniers) de même que les épileptiques (25 au plus par section), les malades malpropres : infirmes et gâteux (hyper valorisation de l'hygiène) et les aliénés souffrant de pathologies intercurrentes. Certains aliénistes toutefois proposeront de classer les malades en mélangeant des pathologies de natures différentes, afin que leurs effets interagissent entre eux pour s'équilibrer ou tout au moins se contrebalancer. Néanmoins jamais cette notion de classement ne fût remise en cause tant elle semblait être l'un des éléments structurant de l'établissement asilaire.

Des espaces où selon E. Kant (1781) prévaut : « la possibilité de la coexistence » et qui ont effectivement un rôle et une fonction sociologiques à remplir en se reposant sur le faisceau des actions réciproques qui s'y réalisent et qui en deviennent partiellement leur contenu.

On crée alors selon M. Postic, qui fait écho à la notion durkheimienne de « groupe-classe », des classes scolaires considérées comme un périmètre social que l'on aménage : « Un ordre social et certaines natures de rapports sociaux [...] (et comme tout système de relations sociales, il porte) la marque de la société qui l'a produit et il est organisé selon la conception de la vie sociale, des rouages de la vie économique, des rapports sociaux, qui animent cette société » (Postic, 1982, p.49).

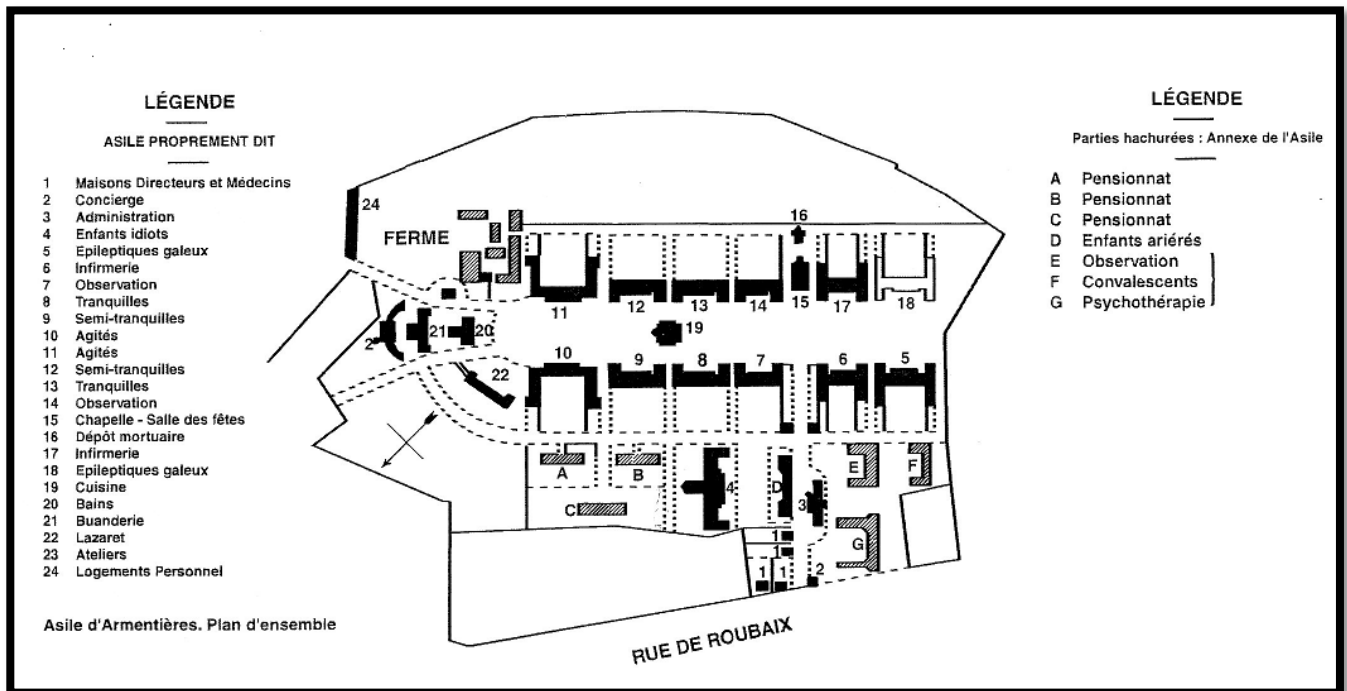
De nombreux médecins aliénistes diront la même chose à propos des espaces asilaires, où ils imposeront tout comme le feront les maîtres à l'école une autorité morale¹⁰⁰, légitimée par la société, ajoutant cette dimension à un certain nombre de questions communes, qui se poseront aussi bien du côté de l'éducation telle qu'elle se déclinera dans l'enseignement scolaire et éducatif, qu'au niveau des soins tels qu'ils se réaliseront dans les asiles français du XIX^e siècle¹⁰¹ (Cf tableau n°2 : Relevé des points communs entre l'école (lieu où on enseigne) et l'asile (lieu où l'on soigne), p.78).

Cela suscitera également des interrogations que nous relèverons ultérieurement entre la psychothérapie institutionnelle et la pédagogie institutionnelle.

¹⁰⁰ J-P-C. Pinel (1850), dit « le neveu » postulait, comme bon nombre de ses confrères, que nul autre qu'un médecin fût-il juriste ou philosophe n'était à même et ne pouvait se prévaloir de s'occuper d'une question de nature médicale, surtout si elle concernait l'aliénation mentale, partant du principe, pour lui intangible, qu'il ne s'agissait pas que d'un problème de science mais aussi « d'âme et de conscience ».

¹⁰¹ Cela concerna par exemple la question du Savoir car selon S. Jouan : « Il y a l'idée (d'inspiration chrétienne et sacrée), la *sola scriptura* du principe Luthérien que le savoir transmis pour lui-même présente un danger pour l'homme, ce qui justifierait la présence en personne d'un garant moral dans tout enseignement, sans cela c'est la moralité même de l'homme qui pourrait être mise en péril par son accès au savoir » (2012, p.7).

TABLEAU n°1 : L'aménagement de l'espace asilaire



Source : Fernagut, A. (2000). L'EPSM de Lille-Métropole à travers le temps. Armentières : Ed
EPSM Lille-Métropole

**TABLEAU N° 2 : Relevé des points communs entre l'école (lieu où on enseigne)
et l'asile (lieu où l'on soigne) au XIX^e siècle**

Tous deux envisagent l'exercice d'une influence sur autrui qui se fait de l'extérieur vers l'intérieur.

Cette influence s'exerce de façon systématisée dans des lieux qui ont été rationalisés pour cela et on utilise pour ce faire et de façon systématique la suggestion individuelle et les effets de groupe.

Ces lieux présentent les mêmes caractéristiques : espaces clos répartis de façon spécifique et normalisés (par exemple en classes et pavillons).

On y trouve mobilisées de façon prévalente l'obéissance et la discipline, l'usage de la sanction et de la récompense.

L'hypothèse de la nécessité de l'usage de la contrainte pour accéder à l'autonomie est émise.

Il y règne une intention de faire cohabiter les dimensions, pouvant être contradictoires, du singulier et du collectif.

Deux approches dualistes y sont dominantes dans les rapports entretenus entre : la passion et la raison, tout comme entre la famille et la société.

Ces deux institutions ont été légitimés compte tenu leur fonction (mission) de socialisation, tout autant que par leur vocation spécifique : enseignement et soin.

Ils ont fait l'objet d'un projet global d'institutionnalisation et de généralisation et présentent tous deux :

Une valorisation de la raison comme moyen d'agir et de justification de leur action.

Une valorisation de la science comme fondement des dispositifs d'action mis en place.

Une valorisation de la laïcisation.

Une valorisation de la notion de classement et de celle de la catégorie.

Une prise en considération de l'humain, comme potentiellement en devenir, mais dans des conditions de socialisation prédéterminées.

Il y existe un détenteur « moral » du savoir, ayant une fonction d'autorité socialement reconnue et non susceptible d'être remise en cause (le maître et le psychiatre).

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

D'abord et principalement nous avons montré qu'il y a bien eu au XIX^e siècle français une rencontre cardinale entre le monde asilaire, tel qu'il se constituait sous la férule des médecins aliénistes et l'éducation.

Il en résulta, pour certains d'entre eux, des pratiques spécifiques, qui amenèrent à concevoir que l'institution en elle-même pouvait remplir, par le moyen de l'éducation, un certain nombre de fonctions dont les principales étaient socialisantes à défaut d'être thérapeutiques.

On envisagea en effet très tôt que des troubles mentaux pouvaient être la conséquence d'une éducation primaire défailante, dans un contexte où il a été souligné combien la période de l'enfance était désormais prise en compte de façon déterminante.

L'une des idées des médecins aliénistes fût que pour pallier à ce déficit on pouvait procéder à la « rééducation » des aliénés puis des malades mentaux, tels qu'ils furent qualifiés à la fin du XIX^e siècle.

Ils avaient également présumé que l'asile, par ses dispositions, son organisation et ses vertus bienfaisantes présumées, avait permis de créer un environnement propice à calmer les agitations et les déséquilibres internes résultant de la perturbation mentale¹⁰².

L'isolement, pour éviter ce qui, à l'extérieur, avait causé les troubles, n'était toutefois pas la seule fonction de cette « institution sanctuaire » selon une référence analogique à E. Durkheim (1938), car érigée afin de protéger la société pour son propre bien.

Il convenait en effet également pour le malade de retrouver un équilibre mental et l'asile deviendra pour cela le périmètre social où se dérouleront principalement les actions menées par les médecins aliénistes, mais aussi le moyen et le vecteur principal permettant qu'elles soient entreprises et réalisées.

¹⁰² Intention bien ancienne d'aborder une préoccupation majeure puisque Sénèque disait déjà, il y a quelques deux mille ans, à Sérénus : « (s'est) insinuée en eux cette instabilité de l'âme caractéristique des êtres qui, ne pouvant ni contrôler leurs passions ni s'y abandonner, ne trouvent pas d'issue » (2014, p.36).

Ces médecins avaient en effet établi, dans un contexte de survalorisation de la fonction des institutions, telle que la France le connu à cette époque, que l'environnement de façon générale et l'asile en particulier, pouvait agir sur le malade et non plus sur la maladie et cela de façon structurante et thérapeutique, sans prétendre toutefois sous cette forme, ils en étaient parfaitement conscients, à la guérison¹⁰³.

Ce passage de « l'extérieur » à la sphère « intime » du sujet et en l'occurrence de l'aliéné, se ferait ou pourrait être rendu possible grâce au canal de la « raison », dont nous avons précisé qu'elle n'était pas l'inverse de la déraison, mais un ensemble de fonctionnalités psychiques.

Il fallait qu'il en reste bien sûr un minimum et l'on différenciera à ce titre de plus en plus l'aliénation de l'arriération, posant les premiers jalons d'une future « éducation spécialisée ».

Il serait par ailleurs bien trop simple à cet égard de ne voir dans cette démarche des médecins aliénistes que le souci et l'objectif de procéder à un seul conditionnement de la personne par l'environnement.

Car s'il convenait pour juguler le désordre de l'intérieur, d'offrir l'ordre de l'extérieur, il ne s'agissait pas pour autant dans l'esprit de « formater » l'individu et quand certains en eurent la tentation en utilisant explicitement la coercition, les débats furent vifs, on pense ici en particulier au cas exemplaire de F. Leuret¹⁰⁴.

Il s'agissait donc plutôt de calmer intérieurement la personne, rappelons-le définitivement : compte tenu des moyens et du paradigme thérapeutique de l'époque, tel que nous les avons présentés, en se situant dans le registre d'une démarche clairement phénoménologique.

¹⁰³ Le nombre des aliénés internés augmentera sans cesse : 16.255 en 1844, 24.524 en 1854, 34.919 en 1864 et 42.077 en 1874 (Constant, Dumesnil, & Lunier, 1878, p.64) et peu de médecins aliénistes tentèrent de le dénoncer, sauf de façon notable L. Turck qui écrivit aux sénateurs pour leur préciser que l'asile rendait encore plus malades les « fous », allant même jusqu'à les faire succomber et G. Ferrus car il lui semblait difficile de concilier l'internement et la liberté. Sur les conditions de vie des aliénés de l'époque on pourra consulter le constat qu'en fait G. De Cailleux en 1860 dans un rapport : « Sur les aliénés de la Seine, traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière » (Riché, S. 2000 : source A-P-H-P, cotation : D-141).

¹⁰⁴ Il précisait : « Si la douceur et la patience sont inefficaces, faudra-t-il continuer de les employer, plutôt que de recourir à l'ironie et même aux injustices et aux querelles ? Que m'importe donc qu'un aliéné m'aime ou me déteste, qu'il me désire ou qu'il me craigne, qu'il me croit son ami ou son persécuteur, pourvu que je rompe la chaîne de ses idées vicieuses » (1840, p.120). Cette prise de position de F. Leuret le marginalisera notablement et durablement auprès de ses confrères, qu'il taxait assez facilement d'hypocrites d'ailleurs, les accusant de faire la même chose que lui mais sans le reconnaître. En fait ce qu'on lui reprochait le plus c'était surtout que cette façon de faire ne réglait aucun des problèmes psychiques posés, elle ne faisait que les masquer, le stimulus de la crainte disparu les symptômes réapparaissaient immédiatement. L'immense majorité des aliénistes restait en fait dans la tradition « esquirolienne » et soutenait l'utilisation de la persuasion et de la douceur, la contrainte, si elle existait, ne pouvait être considérée que dans sa dimension physique et non morale.

On considéra alors à l'instar de G. Hegel (1807) que la pensée était le résultat d'une œuvre collective et d'une conscience active et que pour cela il fallait pouvoir proposer un cadre sécurisant parce que structuré et ordonné dans l'espace et le temps.

Un calme présupposé en résultait que l'on déduisait chez le malade, non grâce à l'investigation de cet intérieur précité, mais à partir le plus souvent de son attitude générale, faisant de l'observation des « faits » et de la clinique du comportement le pivot évaluatif et prescriptif des démarches entreprises. Le nombre peu élevé de médecins renforçait d'ailleurs cette manière de faire, tout en la justifiant bien souvent à leurs yeux.

Toutefois, bien vite et principalement à partir de la moitié du XIX^e siècle, on cerna les limites de la systématisation de cette façon de procéder, qui conduisait à placer le quotidien sous observation et à en interpréter toutes les caractéristiques uniquement à l'aune de la maladie.¹⁰⁵

On voudra dès lors et de plus en plus s'attacher à la prise en compte de la dimension existentielle de cette maladie.

Enfin pour pouvoir agir de l'extérieur sur « l'intime » les aliénistes utilisèrent les concepts et les moyens d'une forme sociale qui était en France devenue majeure et dominante : l'éducation, car comme l'évoquèrent, pour ne citer qu'eux, E-J. Georget et J-P. Falret à la suite de P. Pinel, E-J. Esquirol... il s'agissait bien de « rééduquer » l'aliéné à défaut bien souvent de pouvoir le soigner.

Cette démarche qu'ils ont eue nous conduit bien au-delà d'un simple phénomène d'imprégnation, même si cette dimension a pu avoir en l'espèce un rôle et une fonction non négligeables.

¹⁰⁵ F. Dubois s'en plaignait : « des faits ! des faits ! S'écrie-t-on de toutes parts, nous ne voulons plus que des faits. Cette horreur du raisonnement est poussée si loin qu'on ne vous permettra pas même la déduction ; tout au plus vous accordera-t-on de disposer en colonnes vos arides descriptions pour en faire de savantes additions. Ainsi l'espèce humaine s'en va ballotée d'âge en âge, à travers les systèmes, les méthodes, les procédés, les plans, les classifications et tous les errements enfin de ces bienfaiteurs ! C'est le propre de la plupart de ceux qui cultivent les sciences médicales de se croire sans cesse arrivés à l'apogée des connaissances humaines » (1837, p.17). Pour J-P. Falret d'ailleurs : « On ne doit pas berner l'examen des aliénés, comme on l'a fait trop souvent à la constatation des faits les plus saillants [...] et qui constituent la partie superficielle de leur maladie. Pour observer les aliénés d'une manière complète, il ne suffit pas de faire l'histoire des idées délirantes, il faut faire l'histoire des individus délirants. Il faut pénétrer plus avant dans l'intimité de leur nature intellectuelle (et ne pas se limiter aux faits) et morale [...] il faut remonter dans le passé des aliénés, suivre leur affection dans son développement, depuis son origine la plus reculée jusqu'à la période à laquelle on les observe. Il faut étudier la lésion des sentiments et des penchants » (1864, p.15).

Car et même si cela était balbutiant, il s'agissait de faire évoluer l'aliéné en envisageant la modification de sa dynamique psychique interne compte tenu d'un apprentissage singulier, reposant sur le savoir-faire d'autrui et dont l'objectif était la transformation de soi (Lobrot, 1971).

Enfin cette idée des aliénistes de pouvoir agir de l'extérieur sur l'intérieur n'avait rien de magique ou de métaphysique, mais reposait sur des mécanismes psychologiques et plus généralement psychiques, dans lesquels ils croyaient et qui les aidaient constamment à tenter d'approfondir et de mieux comprendre les démarches qu'ils entreprenaient et les résultats qui en découlaient.

Tout en se voulant soignante donc, leur action sur les malades était aussi celle d'une socialisation se déroulant dans un espace spécifique où ils mobilisèrent l'éducation dans un processus que nous qualifierons être celui d'une socialisation primaire, telle que nous avons pu l'évoquer précédemment en faisant référence à R. Boudon et F. Bourricaud.

On considérera toutefois que l'asile eu d'abord et avant tout une fonction éducative d'élevage tel qu'on peut le concevoir et tel qu'elle a pu être définie comme relevant principalement de la sphère familiale car se caractérisant par la mobilisation d'un processus d'intégration de normes, de valeurs, de conduites et d'attitudes.

De nombreux aliénistes du début XIX^e siècle se disaient d'ailleurs explicitement paternalistes et il est également patent, qu'enseignants comme médecins se considéraient, selon la formule d'E. Durkheim (1902-1903) comme « moralement et intellectuellement supérieurs » ce qui en faisaient les détenteurs d'une autorité légitime¹⁰⁶.

En se rapprochant du XX^e siècle cette fonction éducative de l'asile deviendra pour certains médecins aliénistes davantage secondaire, selon notre référence et plus centrée sur des capacités que l'on cherchera à identifier et à développer afin d'en faire, de façon singulière, des vecteurs possibles de soins.

¹⁰⁶ Pour P. Pinel plus qu'au titre de la science, c'est au titre de l'importance de ses qualités et de ses vertus qu'un médecin doit bénéficier de tous les pouvoirs, car : « Comment les soumettre (les aliénés) à un ordre constant et invariable, si on exerce sur eux un ascendant naturel par les qualités physiques et morales les plus rares » (1809, p.251). Il en résultera pour E. Renaudin le rôle essentiel et sans partage que le médecin aliéniste devait avoir à l'asile : « lui seul (le médecin) est capable de diriger un personnel qui est son oeil et ses bras. [...] En faisant de la médecine il fait donc de l'administration ; il dirige le mouvement dans son ensemble et dans ses détails ; il est donc l'âme et par conséquent le vrai directeur d'une institution essentiellement médicale. Il n'est même véritablement médecin qu'à cette condition ; nous n'admettrons aucune exception à cet égard [...] On ne rencontre que désordre là où l'organisation ne répond pas à cette indication essentielle. Placer le médecin sous l'autorité d'un pouvoir administratif distinct c'est subordonner celui qui sait plus à celui qui sait moins, c'est déconsidérer la science, c'est paralyser son action. Donner au médecin l'influence morale sans lui accorder l'autorité qui en est la sanction, c'est faire un non-sens, c'est déplacer les responsabilités, je dirai plus c'est les détruire. [...] Le médecin est donc l'administrateur né d'un asile d'aliénés ; lui seul peut et doit coordonner tous les éléments d'une organisation qui est le principal moyen de soigner » (1863, p.2).

Cela se fera à partir d'actions éducatives qui voudront se développer à l'instar de celles qui se dégageront, nous le constaterons ultérieurement, du courant de la pédagogie dite « nouvelle ».

On postulera alors qu'il y a un effet de réciprocité actif et non plus seulement passif entre le malade et le monde extérieur, d'abord au sein de l'asile et ensuite à l'extérieur de celui-ci¹⁰⁷.

C'est ce que nous allons montrer et développer dans la suite de notre travail en étudiant l'œuvre de G. Daumézon, qui pour partie et surtout à ses débuts, sera celle de la continuation de ses prédécesseurs, avant qu'il n'envisage de la transformer, en re-questionnant à nouveau la dimension thérapeutique originelle des asiles qui était devenus plus coercitifs que soignants.

Dans un autre registre si certains ont parlé de pédagogie asilaire strictement comportementaliste et normalisante, notamment par exemple J-L. Gérard (1993), qu'il ne s'agit pas de réfuter et dont nous attesterons les effets profondément négatifs qui en résultèrent, il faut alors le faire à l'aune de ce que sera, à partir du début du XIX^e siècle, l'évolution progressive des connaissances en la matière et des conditions de leurs mises en oeuvre¹⁰⁸. Il conviendra également de considérer que cela se faisait dans un contexte qui devait prendre en compte la particularité de certains des troubles du comportement¹⁰⁹ pour lesquels il n'existait nul traitement de nature chimique afin parfois de pouvoir les juguler.

Ces traitements existent aujourd'hui mais leurs effets ne sont pas non plus que positifs et il est encore fréquent à ce jour de croiser des patients que la chimie médicamenteuse, considérée alors comme une camisole, a rendu « somnambules » et qui ne peuvent vivre que dans un espace psychique et social qui ne va pas au-delà d'eux-mêmes.

¹⁰⁷ On pourra lire sur la question : Daumézon, G., & Lanteri-Laura, G (1961) : *Signification d'une sémiologie phénoménologique* ; Lanteri-Laura, G. (1999) : *Phénoménologie et psychiatrie : une rétrospection*.

¹⁰⁸ Ainsi par exemple G. Lanteri-Laura résumera bien la double problématique qui se posa alors à l'institution psychiatrique débutante : « Rien ne se passe d'effectif en 1838 et il faudra attendre la fin du Second Empire et les débuts de la Troisième République pour que l'on construise effectivement les asiles, en appliquant la doctrine de l'aliénation mentale et en suivant les indications de J-B. Parchappe et au moins pour une part, de H. Girard de Cailleux édifiant ainsi de grands établissements, bien isolés à la campagne, loin du tumulte urbain, où le traitement moral (par la suggestion) que préconisait, P. Pinel pourra guérir les aliénés [...] Mais nous ne devons pas oublier que lorsque ces institutions se trouveront réalisées effectivement, le paradigme de l'aliénation mentale sera devenu obsolète pour presque tous, selon la référence aux maladies mentales, dans des établissements conçus et construits à la lumière d'une conception de la pathologie mentale qui ne signifie alors plus rien pour personne » (2004, p.23).

¹⁰⁹ La nosographie, dont la naissance doit beaucoup à P. Pinel (1798), procédera à l'identification des signes, la sémiologie étant elle-même la science des signes et de leur regroupement, compte tenu de leur description et de leur classification en troubles et en maladies. Pour U. Trélat (1839), c'est de tout temps la pratique du rassemblement de personnes souffrant de troubles mentaux, qui a permis d'identifier et de regrouper des symptômes par famille.

Toujours est-il que les aliénistes puis les psychiatres du XIX^e siècle ne disposaient pour l'essentiel de rien d'autre que l'asile¹¹⁰, la raison et leur imagination pour tenter de prendre en charge, dans un contexte historico-sociologique particulier, les aspects de la folie qu'on leur demandait de résoudre ou pour le moins de prendre en charge, tout en essayant avec force de donner un sens existentiel à cette folie.

Ils le firent comme des hommes de leur siècle et il ne s'agit ici ni de les louer, mais pas plus de les blâmer comme il est fréquent de le faire. Certains plus que d'autres firent preuve de davantage d'humanité et de plus de capacités, cela est certain, mais il n'est pas dit là encore qu'il en aille toujours différemment aujourd'hui.

Il n'est pas non plus avéré d'ailleurs que l'on se satisfasse demain de ce qui est fait actuellement, ainsi en va-t-il, non pas l'histoire de l'homme, mais de celle de la nature humaine.

Enfin il convient d'évoquer que la psychanalyse était émergente au terme de ce XIX^e siècle, sous l'impulsion en particulier des travaux de S. Freud (1900), appelée à avoir une place déterminante dans le champ psychiatrique, elle se saisira également d'emblée de la question éducative qu'elle plaça au centre de la problématique qui était la sienne (Milhaud-Cappe, 2007).

S. Freud en cette fin du XIX^e siècle posa en effet que la conscience ne constituait et ne représentait pas « l'essence » de la vie psychique de l'individu.

Il distingua à cet égard le « ça » qui était véritablement l'inconscient, où se trouvaient dans une partie inconnue de notre personne nos pulsions et nos instincts, le « moi » qui était la fonction du psychisme intermédiaire entre le « ça » et le monde extérieur et enfin le « surmoi » qui est le dépositaire de la conscience morale » (Leif, 1967).

De ce surmoi découle l'influence des éducateurs (famille, école...) et de l'éducation, c'est dire en l'espèce l'importance que cette instance peut avoir, dans l'absolu, mais également dans notre travail quand son propos portera sur la psychanalyse.

¹¹⁰ Si l'article 1 de la loi du 30 Juin 1838, qui fixait le cadre du paradigme asilaire tout en légalisant l'internement, indiquait que chaque département devait avoir au moins un établissement public uniquement destiné à recevoir et à soigner les aliénés, on partait de loin pour atteindre cet objectif. Selon B. de Fréminville (1977) il existait sur le territoire français en 1818, 8 établissements uniquement consacrés au traitement des aliénés pour, selon les sources ministérielles de l'époque : 8 à 9.000 aliénés, environ 2.500 étant toujours dans leur famille. En 1834 ces établissements seront au nombre de 34 pour officiellement 15.000 aliénés, deux fois plus selon les médecins. Par la suite 23 asiles virent le jour jusqu'en 1874, dont 14 entre 1852 et 1866.

S. Freud (1928) en disait lui-même : « Il importe donc que le surmoi, création de l'éducation, se soit développé normalement par l'intégration en quelque sorte impersonnelle et sans heurt des catégories morales et des règles sociales, afin que soient assurés l'équilibre et la santé psychique de l'être. Résultat auquel n'est justement pas parvenu le névrosé » (cité par Leif, 1967, p.29).

La psychanalyse ne pénétrera avec force et durablement le monde des psychiatres et de la psychiatrie qu'au XX^e siècle et nous reviendrons sur son influence, qui fut déterminante chez les adeptes de la psychothérapie et de la pédagogie institutionnelle, comme cela sera le cas avec F. Tosquelles ou J. Oury par exemple.

G. Daumézon ayant toujours eu quant à lui une position ambiguë envers ce qu'il considérait à la fois être une ressource déterminante au service de la compréhension humaine et une contrainte, parfois majeure, compte tenu de l'usage que certains en faisaient.

Elle le fut moins toutefois au niveau du mouvement que l'on qualifiera de « pédagogie psychanalytique » et O. Maurel fera remarquer : « Or il est intéressant de voir que, s'ils se réclamaient de la psychanalyse et étaient parfois très proche de Freud, comme notamment Pfister, les pédagogues disciples de Freud [...] ont pris de très sérieuses libertés avec cette doctrine et souvent sur des points fondamentaux » (2008, p.3).

Sans doute d'ailleurs et principalement parce que S. Freud pensait pouvoir comprendre l'enfant compte tenu de la connaissance que l'on pouvait avoir de la maladie de l'adulte et d'une nature humaine qu'il considérait avec beaucoup de pessimisme et ne laissant que peu d'espoir à l'éducation pour l'améliorer (Millaud-Cappe, 2007).

Ces dernières remarques sur la psychanalyse nous conduisent à nouveau à préciser que la seconde partie de notre travail ne peut bien sûr pas se prévaloir d'être le reflet de toutes les conceptions, de toutes les pratiques, et de tous les domaines envisagés, outre le fait que cela ne soit guère possible, ce n'était pas son intention.

Il s'agissait plutôt de montrer que l'éducation et la prise en charge des troubles mentaux, tels qu'ils émergent au XIX^e siècle français, dans le contexte que nous avons développé, se sont effectivement rencontrés dans des conditions et sous des formes qu'il nous semblait nécessaire de mettre en évidence, pour mieux comprendre le socle sur lequel l'œuvre de G. Daumézon reposera, avant qu'il n'y imprime sa singularité et son approche novatrice des relations pouvant s'établir, entre le champ de l'éducation et celui de la psychiatrie.



1

Légende des photographies (pp. 82-83) :

N°1 : Tableau de la Maison de Santé de Lommelet (Nord) en 1825.

N°2 : Asile de Lommelet, Dortoirs avec des lits en fer entre 1914 et 1918.

N°3 : Asile de Lommelet : salle de bains, entre 1914 et 1918.

N°4 : Asile de Lommelet : réfectoire, entre 1914 et 1918.

N°5 : Hôpital psychiatrique de Lommelet : cuisine, vers 1950.



2



3



4



5

PARTIE III :
LES DEBUTS PROFESSIONNELS
DE G. DAUMEZON ET
L'EXPERIENCE DE
FLEURY-LES-AUBRAIS
(1935-1951)

CHAPITRE 1. DE SES DEBUTS PROFESSIONNELS A LA TRAGEDIE DE LA GUERRE (1935-1945)

1-1. UNE THESE ANNONCIATRICE

1-1-1. Un constat initial

C'est en 1935, lors de la réalisation de sa thèse de médecine, que G. Daumézon, à l'âge de 23 ans, mettra en avant pour la première fois, l'importance qu'il convenait d'accorder à la formation dans le champ psychiatrique.

Cette thèse portait, comme l'indiquait son titre sur : *La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* et il y abordait, dans un contexte général de l'étude de leur statut, la question de leur formation, ou plus précisément de l'absence de celle-ci.

Ce personnel n'avait pas fait l'objet d'une telle attention depuis la mise en place d'un règlement très ancien, puisqu'il datait de 1857. Cette initiative novatrice valut d'ailleurs à son instigateur un net succès d'estime, qui se traduisit par l'obtention en 1936, au titre de son originalité, du prix Baillarger de l'Académie de médecine.

Le choix de ce sujet par G. Daumézon ne relevait pas d'un intérêt d'opportunité, mais était bel et bien l'une des premières pierres fondatrices d'une conception soignante, où se trouveront constamment mobilisés autant l'éducation et la pédagogie, que le soin et le personnel infirmier.

Il considéra en effet tout au long de sa carrière, que pour soigner il fallait se former et continuer constamment à le faire. Cet impératif d'ailleurs ne devait pas concerner que le personnel médical, mais aussi et surtout les infirmiers qui étaient, nous l'avons déjà évoqué, au plus près des malades dans leur quotidienneté, ce qui pour G. Daumézon était déterminant au titre des relations réciproques premières qui s'y réalisaient.

Il précisait : « La question du personnel infirmier, paraît, au milieu des problèmes administratifs de la vie asilaire, une de celle dont l'importance et le caractère humain domine tout le climat de l'asile » (Daumézon, 1935, p.11).

L'objectif principal de cet homme de 23 ans, jeune mais au caractère résolu et décidé, était clair, il voulait changer l'asile et le rendre à nouveau thérapeutique, tel qu'il avait été envisagé à l'origine par ses prédécesseurs du XIX^e siècle et très vite il avait su, lui l'homme pragmatique, qu'il n'y parviendrait pas seul.

Il était en outre persuadé qu'un médecin (1960) ne pouvait s'occuper de toutes les personnes qu'il y avait à soigner et devant une tâche aussi immense, il fallait qu'il soit aidé par un personnel infirmier, qui ne soit pas composé que d'agents de gardiennage et d'exécution¹¹¹.

Il convenait donc de qualifier ce personnel et de l'instruire, or dans l'immédiat il y avait au niveau de sa formation beaucoup à faire, G. Daumézon le constatait de façon édifiante dans sa thèse.

Il y décrivait un personnel qui se composait globalement de « gardes fous » sans formation spécifique, logé à l'intérieur de l'asile et ne pouvant en sortir sans autorisation, de préférence célibataire et devant le rester, sauf à s'inscrire dans la dynastie d'un recrutement familial, fort répandu chez les infirmiers.

D. Sabourin-Sivadon évoquait leur travail de l'époque en ces termes :

« Dans beaucoup de services, le travail des infirmiers était un boulot de gardiennage, de ménage, d'organisation matérielle (changer les draps...). Ils étaient toujours débordés et avaient peu le temps de discuter avec les malades. La division du travail, le morcellement des tâches étaient fantastiques [...] L'appel des malades devait être fait trois fois par jour ; à chaque fois c'était la panique parce qu'il en avait un qui était sorti ; Tout était sur le mode : pas de fugue, pas d'évasion, pas de suicide, pas de fauche. Surtout pas de problèmes [...] En principe à l'époque, une infirmière n'avait pas le droit de s'adresser au médecin, ni d'entrer dans son bureau ; c'était réservé à la surveillante » (1980, p.117).

G. Daumézon était affirmatif :

« La vocation d'infirmier d'asile n'existe pas », et il évoquait, en citant le Dr Loup de Breuty-la-couronne, la présence également fréquente parmi ces « soignants » de ceux que l'on appelait les « passagers » (1935, p.36).

¹¹¹ Il reviendra sur cet aspect dans un article de 1952 : *Le poids des structures*.

« Le personnel infirmier des asiles [...] disait-il se compose d'instables, individus sans profession définie, errants malchanceux, chômeurs, qui n'acceptent l'emploi que provisoirement. On trouverait facilement, parmi eux, des gens instruits, mais qu'aucun lien n'attache à la profession d'infirmiers, prêts à gagner davantage et à quitter l'asile pour n'importe quel emploi. Nous connaissons tous ce type d'infirmiers : qui a eu des aventures... » (*Ibid.*, p.33).

Il conclura ultérieurement :

« Il ne saurait être question, lorsqu'une maison faute de salaire suffisant, doit recruter pour entourer les malades, le tout venant des personnes se présentant à l'embauche, de fournir une ambiance entièrement favorable où chaque attitude des infirmières et des infirmiers soit dictée par la préoccupation constante d'atténuer les troubles présentés par le malade » (1945, p.6).

Certes il existait des programmes de formation du personnel infirmier d'asiles et celui issu de l'Arrêté du 26 mai 1930, par exemple, durait 36 mois, mais ils étaient appliqués de façon très hétérogène sur le territoire français et de façon bien souvent improvisée ou très scolaire selon les endroits¹¹².

Enfin fallait-il encore avoir un niveau intellectuel suffisant pour pouvoir suivre ces programmes et globalement, celui moyen des infirmiers d'asiles, qui deviendront des infirmiers psychiatriques en 1937, semblait être un peu plus bas que celui des conscrits incorporés (Daumézon, 1935).

Peu étaient titulaires du certificat d'études primaires, 5% en 1935¹¹³ selon V. Noireaud (1982) et certains étaient même totalement illettrés. Le recrutement quant à lui se faisait bien souvent à la campagne, chez des agriculteurs de peu de richesse et en ville dans le milieu ouvrier de diverses et de peu de qualifications (Savoie, 2000).

Alors selon G. Daumézon, il fallait avant tout proclamer la nécessité de s'attacher à prendre en compte la sélection des candidats à ce métier, après avoir modifié les conditions générales de son exercice (salaire, horaires, couverture sociale...) afin de les attirer.

Aussi, dès 1939, G. Daumézon étudiera les modalités possibles de cette sélection, qu'il présentera à la Société Médico-Psychologique dans sa séance du 27 avril 1942.

¹¹²Le programme fixé par l'arrêté du 26 mai 1930 se composait de 57 leçons d'anatomie/physiologie, 7 de soins aux malades, 20 d'hygiène, 8 de soins aux aliénés, 14 de petite pharmacie. Il y avait 12 mois de stage de médecine dont 1 de chirurgie et 2 ans dans des quartiers de maladie mentale. Le tout pouvait se répartir sur 5 ans.

¹¹³ A titre de comparaison pour A. Prost (1968) en 1935 : 1 élève sur 2 quittait l'enseignement primaire avec le Certificat d'études.

Elles consistaient principalement à faire passer aux candidats une série de tests, qu'il avait expérimentés auprès des employés « soignants », tous n'étaient pas infirmiers, avec lesquels il travaillait.

Il en déduisait que le niveau minimum nécessaire pour entamer des études d'infirmier psychiatrique était le certificat d'études primaires et il regrettait qu'il ne soit pas possible d'examiner, lors d'un entretien, les motivations du candidat à l'exercice de ce métier.

La possession d'un diplôme n'était toutefois pas suffisante, car il avait remarqué chez ceux qui en possédait un, les traces des effets d'une pédagogie à laquelle ils avaient été habitués et qui selon lui instruisait, mais ne donnait pas envie d'apprendre.

Il conseillait d'ailleurs, nourrit de son expérience d'interne des Hôpitaux des Départements de la Seine, de mettre en place des études infirmières psychiatriques qui soient professionnelles, c'est-à-dire pour lui pratiques¹¹⁴ et non théoriques : « Aussi, est-ce à dessein que nous avons employé le terme d'éducation professionnelle plutôt que d'instruction car souvent la formation scolaire est bien loin de la pratique » (Daumézon, 1935, p.35).

Bien plus tard il ajoutera, lors du congrès de psychiatrie et de neurologie d'Auxerre de 1974 : « C'est dans le milieu que le savoir s'échange et se développe [...] : Au centre de formation, (il n'y a pas) l'élaboration de l'expérience de la vie avec le malade telle qu'elle peut être menée avec ceux qui la partage ; les cours n'ont jamais « fait » des infirmiers pour si utile et indispensable que soit la fourniture d'informations » (Daumézon, 1974, p.720).

Il convenait donc pour cela de rendre la formation des infirmiers plus pratique et axée sur l'acquisition d'expériences diversifiées, dans des stages d'une durée suffisamment longue.

La transmission de certains savoirs devait en outre pouvoir se faire par l'intermédiaire des infirmiers plus anciens.

¹¹⁴ La pratique, distinguée de la théorie, est souvent considérée comme ce qui se fait concrètement. Elle ne peut toutefois se limiter et se résumer à cette approche restrictive, puisqu'elle ne renvoie pas, ainsi que le révèle le champ des analyses des pratiques, aux seuls faits ou gestes, mais aussi aux procédés utilisés pour qu'ils se réalisent (Beillerot, 2017). D. Fablet (2004) pour tenter de cerner un peu mieux, ce qui est du registre de la complexité, conseille d'établir une différence entre : l'activité qui résulte des pratiques opératoires du travail, spécifique de la fabrication et de la production d'objets, où prime la nécessité de l'efficacité technique et ce qu'il appelle la pratique-praxis qui vise à l'action et à l'intervention sur autrui, où domine la sphère de la relation, cela concernant en particulier les soins, l'éducation et tout ce qui est du registre du « service à l'humain ». Pour un infirmier, en psychiatrie notamment, sa pratique ne peut se limiter à la mobilisation d'un seul geste technique et présuppose fréquemment qu'il soit, à travers sa personne, l'objet même de sa pratique. On peut lire aussi sur la question ; Barbier, J-M. (2004). *Savoirs théoriques et savoirs d'actions* ; Hédoux, J. (1996). *Se former à la pédagogie* ; Joas, H. (2008). *La créativité de l'agir* ; Maggi, B. (2003). *De l'agir organisationnel* ; Schön, D. (1996). *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas* ; Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*.

S'il fallait former les infirmiers, les objectifs de G. Daumézon étaient avant tout soignants et reposaient sur les conclusions qu'il avait tirées de l'état de l'asile et de la condition des malades qui s'y trouvaient.

1-1-2. L'Asile et le thérapeutique

En même temps qu'il déclinait ses premières propositions en matière de formation, G. Daumézon procédait à l'analyse de l'asile en lui-même et se posait la question des relations qu'il entretenait avec le « thérapeutique » :

« Dès mes premiers pas dans la vie asilaire, dira-t-il, j'ai été frappé par un fait paradoxal et auquel personne ne semblait attacher d'importance : l'asile, le vieil asile, guérit à lui seul des malades, non pas des sujets qui eussent guéri spontanément au dehors, mais des sujets qui abandonnés, eussent sombrés dans un état chronique » (Daumézon, 1948a, p.58).

De « vieux surveillants » précisait-il lui avaient affirmé, par des témoignages, que cet asile avait pu avoir dans un passé lointain une fonction thérapeutique, avant ajoutait-il, la victoire de : « l'organicisme mécaniciste triomphant ».

Cet asile, complétera-t-il plus tard, dans une réponse indirecte à la thèse soutenue par M. Foucault, dont la vocation n'avait pas été de devenir le réceptacle d'une folie indistincte, que l'on enfermait pour s'en protéger, mais un espace qui s'était voulu soignant afin de prendre en charge de façon médicale des personnes malades mentales (Daumézon, 1971a).

L'asile était potentiellement thérapeutique selon lui, d'abord parce qu'il offrait la possibilité de s'isoler du « monde social extérieur » devenu pathogène et ensuite parce qu'il proposait en interne la possibilité pour le malade de pouvoir bénéficier d'une réadaptation sociale, grâce à la rééducation qu'il rendait possible.

Mais on parle là des intentions initiales des aliénistes, telles que nous avons pu en faire part dans la seconde partie de notre travail, et un siècle plus tard on en était bien loin, à partir d'un constat, à ses yeux consternant, qu'il avait fait de l'état des services publics de l'asile (Daumézon, 1939).

Il s'agissait d'abord, indiquait-il, de quartiers où indistinctement et la plupart du temps on mélangeait des personnes internées et non internées et où d'autres étaient enfermés en dehors du respect de la loi, il ajoutait :

« Il convient, de bien se rendre compte de ce que peut être le climat d'un service psychiatrique. Dans des locaux, en général vétustes et pour la plupart inadaptés et en tout cas insuffisamment entretenus, sont entassés des malades mentaux sous la garde de petits fonctionnaires, le plus souvent improprement baptisés infirmiers [...] on peut parler de stérilisation de l'activité thérapeutique médicale par l'inactivité complète des malades traités, leur désespoir devant l'opposition policière à leur sortie et, il faut l'avouer, le climat de morne discipline dans l'agitation incohérente qui pèse sur le service » (Daumézon, 1952a, p.164).

Le personnel, terminait-il, était notoirement insuffisant et se satisfaisait de ne faire que du ménage jusqu'à l'excès, dans un climat où l'on utilisait la discipline et la peur pour faire régner l'ordre et où l'on abusait pour être obéi des sanctions ou de récompenses. En fait concluait-il l'asile n'est plus thérapeutique depuis très longtemps.

G. Daumézon était sans conteste un lointain héritier de P. Pinel mais surtout d'E. Esquirol qui, comme nous l'avons évoqué précédemment, avaient fait de l'isolement à l'asile un élément déterminant de la prise en charge soignante.

C'était le premier effet thérapeutique de l'asile selon G. Daumézon (1939) et c'était aussi ce qui pouvait le rendre thérapeutique, car il permettait de mettre une distance entre le malade et son environnement social, très fréquemment familial, devenu pathogène et délétère.

On en venait aussi très vite à un second avantage, qui résidait de surcroît dans un paradoxe : l'isolement des individus se faisant dans un même endroit, ils intégraient en fait une nouvelle communauté, qu'il convenait d'essayer de maîtriser en fonction d'un certain nombre d'attentes et d'objectifs thérapeutiques.

En effet pour lui et à l'instar de J-M. Charcot (1882) : « Les symptômes pathologiques apparaissent comme des réactions à un milieu, et sans doute pas seulement à un milieu social déterminé, (on peut ici principalement penser à la famille) mais à un milieu social quel qu'il soit » (*Ibid.*, p.75).

G. Daumézon en expliquait le mécanisme par un exemple : « Lors de l'admission à l'asile c'est davantage la disparition des conduites erronées, antérieurement adoptées à l'égard du sujet, qu'une nouvelle attitude, qui a raison des tendances agressives ou clastiques, voire de l'anxiété » (1948a, p.74).

Plus que la contingence de l'ambiance et même s'il ne déniait pas son influence, s'était donc parce que l'asile était vierge de relations perturbatrices que, fréquemment, la conduite de ceux qui y étaient admis changeait spontanément. Toutefois poursuivait-il, extraire la personne du milieu pathogène où il se trouvait en le mettant à l'asile, pouvait aussi s'avérer être un inconvénient pour l'individu¹¹⁵, à partir du moment où cet asile ne générait plus du thérapeutique, mais de l'aliénation.

¹¹⁵ D'autant que certains effets des interactions humaines se produisaient sans être recherchés et l'on rappellera ici les contributions explicatives en ce domaine de G. Simmel (1908) et de R. Boudon (1977).

Encart N° 1 : Les débuts professionnel d'un infirmier en 1963 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« Moi quand j'ai commencé en 1^{ère} année, j'arrive ici comme stagiaire, l'année de cours commençait en octobre et finissait au mois de juin et après tu avais 3 mois dans un service mais c'était en alternance bien sûr, tous les jours on avait 1h de cours.

Donc moi j'ai commencé dans un service d'épileptiques, c'était assez particulier comme histoire parce que le matin (pour) les grands dortoirs de 60 personnes, on n'était que 3 membres du personnel, ce n'était quand même pas grand-chose, et puis alors ça commençait les violences, les altercations, le matin à 6h, dès qu'on ouvrait le dortoir. On l'ouvrait à 6h du matin parce qu'il fallait nettoyer tous les locaux, parce que c'était le personnel et des malades (qui) nettoyaient tous les locaux, les couloirs etc. [...] On nettoyait toujours après la toilette.

La toilette c'était des grands lavabos d'eau froide, pas d'eau chaude, et donc ils se lavaient là d'une manière plus ou moins académique on va dire, puis dans un 2^e temps, ils avaient le droit au rasage 2 fois par semaine, c'est nous qui rasions les malades, ensuite on les emmenait aux douches 2 fois par semaine.

Donc c'était un grand mouvement dans le service parce que dans les services il n'y avait pas de douches, il n'y avait que des grands lavabos avec des robinets et les gens se lavaient là le matin. C'était le rythme de la journée.

Après fallait préparer les médicaments, pour 180 malades tu avais un grand plateau, c'était un traitement pratiquement identique pour tous à part certains malades [...] donc fallait préparer, tu avais 180 gobelets avec des gouttes, fallait préparer pour le matin, pour le midi et le soir, ça c'était aussi l'une des premières occupations du service médical de la journée.

Ce n'était pas mixte, il n'y avait aucune femme [...] à cette époque-là. De 1963 à 1972 à peu près, puisque les femmes sont arrivées la 1^{ère} année en 1971, c'était effectivement avec les frères, il n'y avait pas de femmes¹¹⁶, pas de travail de secteur¹¹⁷ non plus, (sous-entendu on ne sortait pas de l'hôpital) [...].

Le déroulement (de la journée ensuite) était assez intéressant, on appelait ça la bricole, c'est à dire que ce n'était pas une ergothérapie¹¹⁸. On emmenait un groupe de malades travailleurs (c'était leur appellation) qui allait nettoyer les jardins, à l'épluchage, parce qu'il y avait quand même 1200 malades, faut savoir que ce n'était pas un petit hôpital.

Et donc il y avait ces occupations-là, avec des créations, à un moment ils ont fait des parpaings, démonté des vieilles voitures parce qu'il y avait un membre du personnel qui avait été en relation avec Cibier (un équipementier automobile,) ici tout près donc il ramenait des carcasses (de voitures), qu'ils démontaient. Les parpaings étaient vendus au personnel qui ont construit, des abris de jardins, fin bon c'était plutôt des maisons, mais bon ça c'est autre chose.

Il y avait la ferme, alors c'était un gros truc avec des cochons etc. On vivait en autarcie, il y avait une boulangerie, on faisait le pain sur place, donc c'est vraiment un petit village, une petite ville, parce qu'il y avait tout sur place et l'immense jardin qui permettait aussi aux gens d'avoir leur approche avec la nature.

Puis on avait des champs autour [...] c'était dans un parc de 56 hectares, c'était immense ! Et donc il y avait du travail pour beaucoup de gens, c'était énorme, énorme ! ».

¹¹⁶ C'est la Circulaire n°12 du 24 janvier 1969 qui permettra la mise en place de la bi-sexualisation dans les hôpitaux psychiatriques.

¹¹⁷ La sectorisation a été mise en place par la Circulaire du 15 Mars 1960 : Le territoire national a été découpé en aires géographiques couvrant une population de 50.000 à 70.000 habitants environ où intervient une même équipe pluridisciplinaire, à la fois intra et extrahospitalière (dispensaires, visites à domicile...). L'objectif est de séparer le moins possible le malade de son environnement habituel et de ses proches.

¹¹⁸ L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines dans le contexte des exigences de la vie quotidienne (www.anfe.fr/definition : 2016).

1-1-3. La problématique de l'aliénation

Etre aliéné pour G. Daumézon, c'était à la fois être étranger et enchaîné à soi-même et il ne se distinguait guère en cela, de ce qu'en disait J. Oury (1977, 1992).

Celui-ci, compte tenu des étymologies possibles du terme (*aliénus* : qui appartient à un autre et *aliénatus* : celui qui ne s'appartient pas) mettait en avant que c'était le propre de celui qui ne s'appartenait plus, qui était la possession de l'autre, à la suite de la mise en place d'un inextricable tissu de relations sociales devenues pathogènes¹¹⁹.

Il distingua notamment deux sortes d'aliénation ;

-L'aliénation sociale qui résultait d'un processus d'emprise et de manipulation du social sur l'individu.

-L'aliénation mentale qui était la conséquence d'un trouble mental faisant que l'individu se trouvait psychiquement séparé du monde extérieur.

A l'instar de G. Simmel (1908), G. Daumézon considérait qu'à partir du moment où il y avait un « moi social » ces deux phénomènes d'aliénation s'incrémentaient et que l'on traitait indistinctement de l'autre, si on se préoccupait de l'un.

En outre, ce qui était vrai de ce qui pouvait se passer dans une communauté sociale, comme la famille par exemple, se produisait tout aussi bien dans une institution, comme l'asile psychiatrique.

A ce moment d'une carrière professionnelle qui débutait, G. Daumézon avait déjà une approche vitaliste de l'asile et le considérait comme étant « en soi » un organisme vivant, pouvant à ce titre présenter des symptômes pathologiques et avoir besoin d'être traité et soigné.

Dans un article co-rédigé avec P. Koechlin (1952) il précisera comment à l'intérieur de l'asile, considéré comme un microcosme social, tout avait conduit à l'autarcie et à un fonctionnement reposant sur des privilèges et des liens de subordination entre les différents acteurs qui le composaient : directeurs, médecins, mais aussi malades et infirmiers.

¹¹⁹ « Pour Hegel, l'aliénation apparaît comme un processus par lequel la conscience se perd dans les objets, pour autant qu'elle les juge être des réalités distinctes et indépendantes d'elle-même. La suppression de l'aliénation, la réintégration s'opère quand la conscience comprend que c'est elle-même qui crée les objets et que ceux-ci par conséquent ne font qu'exprimer sa propre réalité. Ils cessent d'être alors étrangers à la conscience qui se retrouve elle-même partout et en tout » (Danvers, 1978, p.20).

Sur bien des points d'ailleurs, la conception sociologique de G. Daumézon concernant l'institution psychiatrique, dans sa déclinaison négative et contributive d'effets aliénants, c'est-à-dire pour lui avant l'émergence du courant de la psychothérapie institutionnelle, s'apparentait à celle d'E. Goffman (1968) dont le travail a fait autorité en la matière.

Cette parenté entre leurs pensées, que nous abordons ici, nous permettra également d'éviter de faire, selon les termes de J. Oury, de l'aliénation un concept « chauve-souris » car disait-il : « quand on veut l'éclairer il disparaît. Ce qui peut expliquer ses avatars historiques et même le peu de considération que certains auteurs lui ont assigné (dans le contexte de l'institution psychiatrique) » (1984, p.38).

1-1-4. L'institution psychiatrique selon G. Daumézon et E. Goffman

Pour E. Goffman comme pour G. Daumézon l'institution psychiatrique relevait de l'injonction d'un ordre social où une organisation, considérée par E. Goffman au même titre qu'une personne et pour G. Daumézon comme celle d'un collectif qui s'y apparentait, allait organiser une action contraignante et coercitive sur le moi de l'individu, afin de traiter la déviance sociale qui l'y avait conduit.

On remarquera que selon eux, ce n'était pas les finalités fixées par la société à l'institution qui allaient être agissantes au niveau institutionnel, par l'imposition de leurs seules logiques normatives.

Ce qui était actif résidait plutôt, comme l'avait déjà postulé G. Simmel (1908), dans la nature des rapports et des relations que les individus allaient avoir les uns avec les autres, cela valant d'ailleurs dans toutes les institutions : prison, caserne, monastère, école... et pas seulement dans les asiles.

« La Vérité » pour E. Goffman et il la partageait avec G. Daumézon, était donc dans ce qui se réalisait à partir des comportements des acteurs concernés.

En cela tous deux se situaient pleinement dans le courant de la pragmatique américaine¹²⁰, caractérisée par la théorie de l'action rationnelle¹²¹, c'est-à-dire adaptée aux

¹²⁰ Le courant de la pragmatique réside principalement d'abord dans la remise en cause d'une science qui se prévaudrait de décrire, par une nature qui serait intrinsèque de la connaissance, le réel avec une absolue certitude (James, 1907). Elle se fonde donc sur le principe que cette connaissance ne doit être considérée que comme le moyen pour l'être humain de pouvoir s'adapter à l'environnement social avec lequel il est en interaction. Pour les adeptes de la pragmatique, pensée et action sont étroitement liées l'une à l'autre, dans le même mouvement d'une participation nécessaire à la vie sociale, reposant elle-même

fins recherchées (Boudon, 2007, 2011) et la figure emblématique de J. Dewey, que G. Daumézon n'hésitait pas à prendre en référence dans ses propos ou ses écrits.

Toutefois comme nous l'avons souligné, si pour G. Daumézon le moi ne dépendait pas que du « subjectif », il ne dépendait pas plus et en totalité de « l'objectif », ce qui évitait ainsi de courir le risque d'un conditionnement excessif.

Ce sera sur ce point qu'il s'écartera également, nous y reviendrons, des thèses de H. Simon (1933) dont il s'inspira pour initier, par le travail, sa démarche de psychothérapie institutionnelle à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais.

Comme pour E. Goffman, il pensait que le « moi » du malade, même si ce terme revenait très peu dans son vocabulaire, était dépendant de façon constitutive, des contraintes normatives auxquelles le malade mental était soumis, dans le temps, dans l'espace et compte tenu de la nature des activités stéréotypées, qu'il était dans l'obligation de réaliser.

Ce que tous deux remarquèrent enfin, de façon significative, était relatif à la nature des rapports sociaux de domination et de soumission qui s'établissaient entre le malade mental et les membres du personnel¹²². Reposant sur les notions morales du bien et du mal, du bon et du mauvais, il en résultait des récompenses ou des sanctions à l'égard du malade, de la part des personnels qui en étaient les plus proches au quotidien : les infirmiers (Daumézon, 1952a ; Goffman, 1968).

On comprend de ce fait, pourquoi G. Daumézon attachait autant d'importance à ce personnel et à la dimension du quotidien.

sur la réalisation d'activités pratiques. L'éducation dans ce contexte revêt alors la fonction d'assurer la continuité de cette vie sociale, J. Dewey (1916) affirmant que le processus même de la vie étant éducation, et puisqu'apprendre relève de l'agir ensemble, c'est en communauté et sous l'égide de la coopération que cela doit se faire. Dans un processus éducatif, l'activité, quel que soit sa nature, concerne donc toujours l'objectif d'un apprentissage social tout autant que celui de l'atteinte d'un objectif scientifique. Une institution, dont un hôpital psychiatrique, peut donc et ce sera la conception de G. Daumézon, être considérée comme une communauté éducative compte tenu de la dimension sociale de la maladie mentale. Le collectif et la coopération y seront prévalents, par rapport à des normes de fonctionnement qui ne seraient qu'individualistes.

Vivre en société s'apprend et/ou se réapprend, il faudra donc imaginer des activités qui seront en prise avec la société et l'apprentissage même de cette vie en société impose qu'il y ait du : « faire ensemble », dans un contexte d'interactions sociales où ne règnent pas la normalisation et la coercition, mais la valorisation de la démocratie, tel que nous l'avons montrée au sujet de la façon de pratiquer de G. Daumézon.

¹²¹ « Une action est dite rationnelle lorsqu'elle est objectivement bien adaptée au but poursuivi par le sujet » (Boudon & Bourricaud, 1982, p.479).

¹²² On peut lire à cet égard le travail édifiant de C. Amourous qu'il relate en 1985 dans un livre : *L'homme de l'asile. Le pavillon fermé : lieu de rejet, lieu de vie*. L'auteur y met en évidence un ensemble de critères de l'organisation sociale à partir de la distribution et de la gestion du travail du quotidien. Certaines travailleuses, efficaces et zélées rejoignent la caste des bonnes travailleuses avec des récompenses et des possibilités de prendre des initiatives, échappant également à certaines tâches ménagères considérées comme moins « nobles » que le ménage, la vaisselle et les courses. Elles en viennent à gérer l'organisation temporo-spatiale du pavillon et à exercer un réel pouvoir sur les autres malades (voire sur certains membres du personnel) confinées dans la simple exécution de tâches désagréables et répétitives.

E. Goffman toutefois et contrairement à G. Daumézon, ne considéra le malade mental que pris dans un sens sociologique et non au niveau psychopathologique.

Son l'hypothèse principale était qu'il existait une vie sociale des malades à l'hôpital psychiatrique, que l'observation, qu'il utilisera principalement comme moyen d'investigation, permettait de repérer.

Il en résultait une adaptation primaire, qui respectait les normes de l'institution et une adaptation secondaire, clandestine à l'organisation, plus intime qui correspondait à des besoins plus personnels, dont il reconnaissait ce faisant l'existence.

En conclusion pour E. Goffman il fallait creuser, approfondir sans cesse ce que l'organisation faisait du « moi » de l'individu pour le redéfinir dans sa singularité.

Il complétait ainsi son approche, ce que n'aurait pas désavoué G. Daumézon, d'emprunts au courant de la dramaturgie¹²³, puisqu'il accordait à l'individu la possibilité d'une distanciation vis-à-vis du rôle social de reclus, tel qu'il le qualifiait et un rôle qu'il jouait sans être complètement dupe de ce qui se passait.

Il parlait alors autant du personnel que des malades, unis dans un rapport social dont ils ne maîtrisaient ni tous les tenants ni tous les aboutissants.

Seule la puissance d'un nouveau lien social, pouvait venir à bout de celui qui existait dans les hôpitaux psychiatriques.

On peut à cet égard, à nouveau, faire le constat de la proximité de pensée entre E. Goffman et G. Daumézon, en précisant également que ce dernier s'exprima sur la question, bien avant que le premier ne réalise son travail d'enquête sociologique.

G. Daumézon n'hésitera pas d'ailleurs, à prendre en référence les travaux de E. Goffman, ce qui attestait de la crédibilité qu'il leur accordait.

C'est sans doute de ce creuset à la fois empirique et intuitif que G. Daumézon en déduisit qu'il fallait, pour toutes les raisons évoquées précédemment, changer les attitudes et les aptitudes du personnel afin justement de transformer la relation, le rapport social qu'il entretenait avec le malade, tout comme avec le médecin d'ailleurs.

¹²³ La dramaturgie en sociologie emprunte à une métaphore théâtrale et présuppose que le monde social est une scène où chaque individu joue un rôle. E. Goffman mobilisera cette métaphore en 1956 dans son ouvrage *La mise en scène de la vie quotidienne* (Busino, 2003).

Ce sera le grand projet de sa carrière professionnelle et cela le conduira à envisager la formation de ce personnel sous des aspects radicalement novateurs, qui emprunteront au courant de la pédagogie active.

Sans doute beaucoup plus qu'aucun psychiatre de son époque, il accordera en cela une confiance et presque qu'une foi militante au pouvoir émancipateur et démocratique de l'éducation et de la pédagogie, tels que certains adeptes de la pédagogie nouvelle le concevaient.

En attendant, il allait être appelé à évoluer dans des institutions psychiatriques où régnaient en maîtres une constellation de rites, de stéréotypies issues d'une hiérarchie pyramidale, voulant constamment et totalement maîtriser le temps et l'espace, tout en asseyant son pouvoir par une discipline sévère et l'instauration de relations de domination et de dépendance, reposant sur la dispensation de privilèges et de sanctions (Daumézon & Koechlin, 1952).

Or irrémédiablement assénait-il (Daumézon, 1954b), le médecin quel que soient les cas de figure, ne doit pas punir et ne peut se situer au niveau d'une réponse thérapeutique dans le registre de la domination et de la soumission de l'autre.

Il avait précédemment ajouté à cet égard : « L'hôpital est fait pour guérir, la tâche, la responsabilité appartiennent aux malades, autant qu'aux infirmiers ou aux médecins, mais cette entreprise dépasse le cadre du traitement du malade pris individuellement ; il faut que tous traitent l'hôpital, voire les hôpitaux psychiatriques en général » ([1952b], 2010, p.8).

Encart N°2 : Infirmière abordant ses débuts professionnels en 1965 (Entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« Il y a eu des souffrances professionnelles pour moi... il y avait des anciens infirmiers qui faisaient fonction de surveillants qui venaient d'autres hôpitaux, qui étaient directifs avec les malades.

Le malade se levait à 5h du matin, il était debout quand on arrivait, il avait déjà ouvert les fenêtres, il bougeait tout, il nettoyait, le surveillant lui disait : allez « machin », tu n'as pas nettoyé ce coin là et puis « machin » il nettoyait tout le couloir.

Donc tu arrivais là tu te demandais qu'est ce qu'il fait là, il vient pour se soigner ou est ce qu'il vient pour attendre quoi ? Mais si tu te donnes la peine quand tu arrives dans un métier comme ça, aussi particulier, de réfléchir à tout ce qui se passe, d'abord tu as une grosse tête, ça bouillonne là-dedans, mais c'est indispensable sinon tu ne comprends pas, tu te sauves, faut quand même avoir de l'utilité.

Et d'autres qui venaient d'autres établissements, qui nous encadraient, utilisaient moins les malades comme ça pour être à notre service, mais étaient plus avec eux, donc il y avait des écoles différentes dans l'encadrement.

Et le malade recevait un pécule (une somme d'argent), donc forcément ils étaient aussi attachés à faire ce que l'infirmier ancien lui demandait de faire puisqu'à la fin du mois il avait un peu d'argent. Et celui qui en avait fait le plus, il en avait plus.

Donc ça faussait le soin aussi ça puisqu'il y avait des malades qui ne pouvaient rien faire du tout, parce que leur état de santé ne le permettait pas, alors qu'il n'en méritait pas moins, ils étaient plus malades.

Donc bon l'histoire du pécule [...] j'ai été très heureuse quand ce même médecin chef a empêché le malade de faire le ménage en disant il n'est pas là pour ça, et en même temps d'avoir rencontré d'autres psychiatres qui avaient une autre vision de la psychiatrie, qui rangeait le malade davantage dans la catégorie de soigné.

Parce que du coup ça me donnait ma catégorie de soignant. Je veux dire qu'aujourd'hui je pourrais enjoliver tout ça, dire on est devenu des soignants, mais non c'est aussi grâce à ce fait qu'on a redonné la place du malade dans les soins, qu'on a pu prendre notre place de soignant, parce que sinon c'était dur (pour le travailleur soignant aussi).

On avait un jour de repos par semaine et quand la surveillante du bout du couloir criait : « Dupont tu ne prends pas ton repos mardi », parce que voilà, c'était du bout du couloir, tu ne prenais pas ton repos.

Tu devais aller chez le dentiste, tant pis tu n'allais pas, chez le coiffeur, ben tant pis tu n'allais pas et tu disais rien, tu ne disais rien, tous les jours... ».

1-1-5. G. Daumézon : L'éducation, la pédagogie, la formation

G Daumézon commença dès 1935, à différencier ce qui pour lui relevait de l'instruction (résultat de la transmission de savoirs construits) et ce qui était du registre de l'éducation (production de savoirs liée à l'action formatrice effectuée à partir et grâce à l'expérience).

Il dira des infirmiers : « Ce sont des préposés que leur origine et leur culture ne préparent pas à cette tâche. Aussi est-ce à dessein que nous avons employé le terme d'éducation professionnelle plutôt que d'instruction » (1935, p.37).

Les formations qu'il envisageait, comme pertinentes, devaient de ce fait se démarquer d'un simple transfert de connaissances théoriques, pour envisager à partir de la pratique, l'émergence d'un savoir lié et tiré de l'expérience.

Les objectifs à atteindre, il en précisera par la suite davantage la teneur, consistaient surtout à mettre en place des activités pouvant servir de support à la rééducation et à la resocialisation des malades mentaux, tout en étant également des médiateurs permettant d'atteindre des objectifs, qui soient plus à visées thérapeutiques.

D'autant que le champ des pratiques thérapeutiques s'agrandissait, il précisa dans un rapport annuel d'activités de Médecin Directeur : « Le climat de nos maisons se réforme parallèlement grâce aux thérapeutiques de choc : cardiazole, insuline, électrochoc et une plus grande qualification des personnels » (1944, p.10).

En 1945, dans un autre rapport de la même nature, cela le conduisit à affirmer que si l'on encourageait, à bon escient, l'utilisation de ces nouvelles thérapeutiques, elles ne pourraient se suffirent à elles-mêmes et que l'on devait nécessairement les accompagner de psychothérapies, individuelles, mais surtout collectives, aux motifs évoqués précédemment.

Il fallait donc pour se faire, un personnel formé en conséquence, d'autant que cela pourrait permettre un travail sur les troubles présentés par les malades, ne serait-ce qu'en favorisant leur émergence et de traiter les conflits qui souvent en étaient le corollaire.

G. Daumézon précisait en outre que pour qu'un service soit thérapeutique : « Il doit donner à chaque malade : d'abord la possibilité d'investir ses conflits [...] c'est-à-dire dans les formes sociales les plus simples comme les plus complexes », des occasions prégnantes d'identification et de transfert » (1947, p.83).

La tâche du psychiatre, mais aussi des infirmiers, était donc de favoriser ces relations à partir d'activités collectives, proposées dans des « conditions et des structures variées », afin de mieux prendre en compte la diversité des situations psychotiques.

Dans ces options premières que prenait G. Daumézon, on trouvait également et sans nul doute, la trace d'une longue pratique du scoutisme, qui l'avait habitué à la fois à être et à travailler en groupe, à partir d'activités collectives (Labeyrie, 1985).

En conclusion G. Daumézon (1935) pensait que pour réussir, si ce n'est à guérir, mais au moins à lutter contre les processus d'aliénation et de repli social sur soi, il était nécessaire de s'entourer d'auxiliaires médicaux formés.

Il commencera d'ailleurs à mettre en œuvre cette intention formative, avant même le début de la Seconde Guerre mondiale, ainsi qu'il le précisera dans un rapport annuel de Médecin Directeur :

« Le recrutement de personnel et la formation ont été l'objet de soins assidus, pour la première fois en 1939 des cours ont été organisés, qui se terminèrent par un examen à l'issue duquel 6 infirmiers obtinrent les trois parties du diplôme, 7 deux parties sur trois et 11 une partie sur trois. Les cours avaient été suivis avec assiduité par environ 29 infirmiers [...] L'expérience de cette année de cours a prouvé la nécessité d'augmenter le nombre de séances pour traiter plus longuement les matières du programme » (Daumézon, 1938-1939, p.1-2).

Ce faisant il posait explicitement et avec pertinence la question de la nature des savoirs à acquérir et des modalités de leur apprentissage, devant principalement, si ce n'est exclusivement, reposer sur des approches formatives qui s'apparenteront au courant de la pédagogie active, nous le verrons plus tard.

Très rapidement, il avait fait sienne ce que sera plus tard la devise de J. Oury (2007) et qui était que contre l'aliénation, il ne fallait pas se contenter de théories, mais qu'il fallait des actes.

Cette intention, qui se transformera en principe général de son action, trouvera concrètement et notablement sa source dans un évènement dramatique, qui fût celui de la Seconde Guerre mondiale et se cristallisera fondamentalement pour un certain nombre de psychiatres, dont G. Daumézon, à partir du congrès de Montpellier en 1942.

1-2. LA GUERRE ET LE CONGRES DE MONTPELLIER

1-2-1. La guerre

Après des débuts professionnels remarquables par une thèse qui avait fait date, G Daumézon obtiendra le concours du médecin des asiles en 1937 et sera affecté en septembre de la même année à l'hôpital psychiatrique de Sarguemines, en Moselle, pour y remplir les fonctions de Médecin chef, il n'avait que 25 ans.

Rien de notable ne se produit alors dans sa jeune carrière, si ce n'est la parution de certains articles qui prolongeait, comme nous l'avons évoqué précédemment, son intérêt premier pour le recrutement et la formation des infirmiers.

Les temps étaient troublés néanmoins et de plus en plus annonçaient l'éventualité d'une nouvelle guerre mondiale.

En octobre 1938, G. Daumézon sera affecté à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, qui s'appelait alors « Etablissement psychothérapeutique du Loiret », dont il devenait le Médecin Directeur, fonction qui avait été retenue par le législateur en 1860, afin de pouvoir, dans les asiles, « traiter en organisant¹²⁴ » (Fouquet et Murard, 1980).

Toutefois il ne se rendra pas tout de suite dans cet établissement, car compte tenu des tensions internationales il sera mobilisé en 1938.

Il en ira de même en 1939, où il sera cette fois incorporé dans un service psychiatrique militaire situé dans les Vosges et cela jusqu'à la retraite des troupes françaises de 1940.

Faisant alors preuve de courage, il resta néanmoins dans la région, en se mettant à la disposition d'une équipe chirurgicale. Il y sera fait prisonnier par les allemands, avant d'être libéré et de retourner, quelques temps plus tard, à son poste initial d'affectation de Fleury-les-Aubrais.

Pour A. Amar (2007) qui fut interne dans son service, si G. Daumézon était animé d'une si farouche volonté de changer les pratiques de l'asile, c'est tellement il avait été

¹²⁴ Etre en même temps responsable médical et administratif de l'établissement sera la fonction sans doute la plus importante et la plus déterminante de son exercice professionnel. Son terme en 1951 fut pour lui un véritable et profond déchirement professionnel et personnel (Oury, 1999 ; Amar, 2007). A ce titre, par exemple, le règlement intérieur du Centre de soins et d'hygiène mentale Ulysse Trélat du 26 Février 1970, relate dans le détail quelles étaient les attributions d'un Médecin Directeur en l'occurrence dans un hôpital psychiatrique (Archives de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise). On peut lire sur la question : Bonnafé, L. & Chaurand, A. (1945). *La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'Assistance psychiatrique.*

marqué par la Seconde Guerre mondiale et par ses conséquences dans les hôpitaux psychiatriques

Cette guerre fût en effet un véritable traumatisme pour lui, personnellement d'abord chez l'éternel rebelle qui sommeillait constamment en lui, et professionnellement ensuite à l'occasion d'une prise de conscience déterminante sur ce qui deviendra l'un des objectifs principaux de sa carrière : transformer radicalement l'hôpital psychiatrique, pour en faire un lieu de soins et non de coercition.

Pendant la guerre les drames seront immenses dans les hôpitaux psychiatriques et plus de 40.000 malades allaient y mourir (Daumézon, 1942 ; Von Buelzingsloewen, 2007 ; Odier, 2007), très fréquemment de faim, y compris dans l'établissement où il exerçait.

Courageusement lors du congrès de Montpellier de 1942, G. Daumézon dénonça publiquement les conditions abominables dans lesquelles ils vivaient (Odier, 2007) et terriblement marqué par la tragédie de ces événements, il dénonçait encore dix ans après dans un article : « Nous, français, avons laissé mourir de faim 40. 000 aliénés » (1952a, p.943).

Il reviendra également sur cette période pour préciser une autre conséquence des effets de cette guerre :

« La vie, dans les établissements, durant la guerre, a comporté aussi un resserrement de tous les liens entre médecins, malades et personnel. Dans nombre d'établissements, médecins, malades et personnel se sont unis dans des activités communes au sein des groupes de résistance. Il en a résulté une cohésion accrue et un vécu plus dramatique de la situation du malade dont la misère était plus proche que jamais de celle qu'enduraient les personnes en contact quotidien avec lui » (Daumézon, Koechlin, 1952, p.4).

Il ajouta ultérieurement :

« Pendant et aussitôt après la guerre les médecins ont davantage vécu à l'hôpital, à partir du moment où on a plus d'essence on vit à l'hôpital et on a des relations avec le personnel, les malades, on est beaucoup plus intégré à la vie de l'hôpital » (Daumézon, cité par Fourquet et Murard, 1980, p.102).

D'ailleurs le médecin d'asile, outre le fait qu'il était devenu un organisateur, soignait également les problèmes somatiques du personnel qui habitait à l'hôpital, cela aussi avait concouru à un rapprochement.

Durant ces dures années, il est évident que se forgèrent définitivement chez lui, deux des piliers importants de son action soignante : la prévalence du collectif sur l'individuel d'abord et ensuite le rôle central qui sera accordé à l'action et aux activités.

L'importance de la prise en compte de ces piliers ayant été renforcé à cette occasion par une rencontre, elle aussi déterminante, entre des psychiatres que l'on qualifiera par la suite de « meneurs réformistes ».

F. Tosquelles, qui en tant que réfugié politique ne pouvait participer officiellement à ce congrès (Delion entretien avec Krzyzaniak, 2015), tiendra à être très précis et énumèrera ceux qui faisaient partie de ce groupe initial, il s'agissait en dehors de lui-même, de : G. Daumézon, L. Bonnafé, H. Ey et « eux tous seuls précisera-t-il » (1980, p.57).

1-2-2. La naissance de la psychothérapie institutionnelle

Pour N. Henckes (2009) ce fut le moment où s'opéra un véritable tournant de l'institution psychiatrique.

Cette guerre fit en effet tomber les barrières entre les fonctions de chacun et engagea bien souvent le collectif de l'hôpital dans sa totalité.

« Esquirol nous voilà, tu nous as redonné l'espérance » aurait dit F. Tosquelles (1980, p.54) à Montpellier, en avouant ne plus trop se souvenir de la phrase au mot près et en préalable de sa rencontre avec ses collègues précités.

Cela s'adressait et nous l'avons relaté, au fameux médecin aliéniste, qui l'un des premiers ambitionna de rendre l'asile thérapeutique.

Une question se posait alors de façon cruciale à ces psychiatres, qui en comité restreint se rencontrèrent plusieurs fois sur cet objet.

Il s'agissait bien pour eux de créer un mouvement pour soigner l'hôpital et le transformer afin qu'il ne soit plus seulement un vecteur de coercition et d'enfermement physique et psychique.

Mais la question était de savoir, comment l'institution psychiatrique pouvait être soignante et s'il y avait une psychothérapie susceptible de se réaliser dans et par l'institution ?

Les préoccupations liées à la guerre en 1942 étaient trop prégnantes, toutefois, pour que des mesures concrètes soit immédiatement mises en place, la priorité était alors de trouver à manger et de ne pas mourir de faim (Daumézon, Caron, Léculier, 1942).

Toutefois ce projet, cette ambition, cette espérance aussi qui étaient nés et qui résultaient de ce petit groupe de psychiatres, ils les mettraient en œuvre dès le sortir de la guerre et cela révolutionnera la psychiatrie française¹²⁵.

D'autant qu'au traumatisme laissé par la mort de plus de 40.000 malades dans les hôpitaux psychiatriques, s'ajouta celui de ce qui s'était passé dans les camps de concentration, que l'on ne pouvait s'empêcher de comparer aux asiles (Kogon, 1947 ; Odier, 2007).

Il est des moments symboliques et sans conteste le congrès de Montpellier, se déroulant en plein milieu de la guerre, fût l'un de ceux-ci.

Il sera fondateur dans l'histoire de la psychiatrie française car l'on essayera, cette fois-ci, de proposer de la « thérapie » en partant du principe que pour guérir il fallait instituer « quelque chose » par soi-même, grâce à des activités¹²⁶, qui si elles n'étaient pas directement soignantes, étaient autant de médiations qui devraient rendre possibles des soins et générer des effets thérapeutiques.

Pour R. Lafitte d'ailleurs que ce soit du point de vue de F. Tosquelles, H. Torrubia, L. Bonnafé ou de G. Daumézon, entre autres :

« L'individu et le social sont indissolublement liés, le milieu éduque soigne ou détériore, la maladie réside autant dans la personne que dans la collectivité et l'institution. Il ne sert donc à rien de soigner la personne si l'on ne soigne pas les groupes, la collectivité et l'institution » (1996, p.1).

¹²⁵ G. Daumézon l'évoquera en des termes emprunts d'une certaine solennité : « Henri Ey nous a convoqué à Bonneval pour nous exposer son dessin d'Histoire Naturelle de la Folie. Dans cette période de débâcle et d'incertitudes des valeurs il nous a dit : « C'est sur vous que repose l'avenir de la Psychiatrie ». Il ne s'agissait que rien moins que de résistance au sens où on l'entendait à l'époque, mais Ey nous a implicitement tracé un devoir : la responsabilité de la Psychiatrie d'après-guerre. Cette investiture a créé notre légitimité pour prendre le pouvoir en 1945 » (1978b, p.9). Sur la question on peut lire également : Daumézon, G. (1945, août). *Situation actuelle de la psychiatrie, ses perspectives d'avenir* ; Daumézon, G. & Bonnafé, L. (1946). *Les perspectives de réformes psychiatriques en France depuis la Libération*. ; Daumézon, G., Ey, H., & Fouquet, P. (1953, novembre). *Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques*.

¹²⁶ P. Remoussenard souligne la difficulté de circonscrire précisément les différents domaines que recouvrent les termes d'activité, d'action, de travail, de pratique : « Sans se recouvrir totalement, dit-elle, ces termes et ces concepts sont définis par des arrières plans théoriques parfois voisins, parfois éloignés » (2005, p.9). L'activité serait le travail réel où s'incrémenteraient à la fois la tâche et celui qui la fait, sa mobilisation générant des savoirs d'action ou d'expérience qui dans l'action et par l'action peuvent se développer (Barbier, 2004). G. Daumézon utilisera indistinctement et alternativement, puisque c'était l'usage dans le contexte psychiatrique de son époque, le terme d'activité pour parler du processus mis en œuvre ou pour qualifier l'objet de cette activité, par exemple la peinture (la distinction se faisait plus facilement lorsqu'il parlait dans ce cas d'atelier), le sens qu'il voulait donner au terme qu'il utilisait devait donc se déduire des propos qui accompagnaient son usage.

La psychothérapie institutionnelle, que l'on aurait plus facilement appelé à l'époque la thérapie par l'institution, grâce à des façons de faire collectives : ateliers, réunions, clubs, etc. devait donc pouvoir proposer et permettre que chacun puisse être pris en compte dans sa singularité, en lui accordant une possibilité réelle d'initiative, de responsabilité, où il pourra s'exprimer tout en tenant compte des autres.

Cela présupposera que l'on remette d'abord en cause, dans l'établissement psychiatrique, les rapports institués, afin d'envisager ensuite des démarches de désaliénation et de resocialisation.

Selon G. Daumézon, l'éducation et la formation seront parmi les moyens qui le permettront et nous allons voir comment, dans le second chapitre de cette partie, cela se fera à partir de la vie de groupe et de la mobilisation d'un certain nombre d'activités.

De façon conjointe il conviendra également de modifier profondément dans l'établissement, les relations entre les soignants et les soignés, la formation et ce sera une des hypothèses principales de G. Daumézon, ayant une place de choix pour permettre d'atteindre cet objectif.

Le congrès de Montpellier fut donc ce moment intense, où dans un groupe limité de psychiatres, dont faisait partie G. Daumézon, naquit l'idée d'une généralisation possible d'un projet de remaniement total des hôpitaux psychiatriques, qui prendra plus tard la forme et le nom de la psychothérapie institutionnelle.

On remarquera en outre avec J. Ayme et P. Delion (1985) qu'en ce qui concerne la mise en œuvre de certains principes évoqués de la psychothérapie institutionnelle, il y eu d'emblée deux villes repères : St Alban où exerçait F. Tosquelles et Fleury-les-Aubrais où exerçait G. Daumézon, ce qui confirmait le rôle de précurseurs et de meneurs qu'ils eurent en la matière.

Enfin, on soulignera que le projet de psychothérapie institutionnelle (syntagme que G. Daumézon et P. Koechlin ne proposeront qu'en 1952) aura principalement à voir avec celui qui envisageait de prendre en charge la psychose¹²⁷, puisque la majeure partie des malades se trouvant dans les hôpitaux psychiatriques en étaient atteints.

¹²⁷ La psychose se caractérise par une perturbation primaire de la sphère affective, elle se traduit par un désinvestissement de la réalité extérieure (mécanisme de déni), un surinvestissement de soi-même, l'angoisse est majeure et envahissante et le délire patent. Elle peut prendre plusieurs formes : la schizophrénie, la manie, la paranoïa, la bouffée délirante et les psychoses autistiques caractérisées par un isolement défensif. Bien souvent la personne atteinte de psychose n'a pas conscience de sa maladie. Dans les cas de névrose et contrairement à la psychose il n'y a pas de perte du sens de la réalité, pas de confusion entre la réalité intérieure et extérieure et la personne a conscience de la morbidité de ses troubles. Elle peut prendre plusieurs

L'hypothèse était que lors de la rencontre entre la psychose et le groupe, il pouvait y avoir un transfert de cette psychose sur le collectif, le groupe étant alors considéré comme constitué des parties indifférenciées de chacun où le trouble et le conflit pouvaient s'exprimer.

Un schizophrène¹²⁸ selon W. Bion (1961) aurait en effet tendance à fonctionner comme un groupe, ils ont donc réciproquement à voir et à faire l'un avec l'autre.

Restait à mettre tout cela en œuvre et si la guerre ne le permis guère dans l'immédiat, elle n'en renforça pas moins les liens entre les soignants et les soignés, dans ces temps difficiles où la question de la subsistance était primordiale et diminuait d'autant, devant les efforts collectifs qui étaient à mener, les distances sociales entre les différents acteurs concernés.

Pendant cette période on notera également que G. Daumézon fût, compte tenu de ses fonctions de Médecin Directeur, explicitement interpellé par la problématique de l'enseignement dispensé dans « l'école de perfectionnement¹²⁹ », dont il avait également la responsabilité.

Même dans ces temps difficiles, soulignera-t-il en 1940 dans un rapport annuel d'activités, et grâce à l'école de perfectionnement, 12 enfants pourront à nouveau être scolarisés dans les écoles « d'enfants normaux ».

Il évoquait aussi dans ce rapport une difficulté, qu'il rencontra bien souvent par la suite, de répartition des rôles entre la direction pédagogique, la direction médicale et la direction administrative.

Les quatre institutrices qui y exerçaient avaient une autonomie très importante, puisqu'elles relevaient de l'Education nationale et non pas du Ministère de la Santé et G. Daumézon ajoutait : « Elles avaient l'habitude d'avoir dans leur classe une autonomie considérable qui brisait l'unité nécessaire dans un établissement où l'éducation compte

formes : dépression, hystérie, troubles obsessionnels compulsifs, d'angoisse, phobiques, traumatiques... Les états qualifiés de limites se situent entre la névrose et la psychose.

¹²⁸ « La schizophrénie est une maladie psychique grave qui s'accompagne d'une perte de contact avec la réalité, de délires ainsi que des modifications de la pensée, du langage et du comportement » (Santeweb, 2016). Le nombre de personnes atteintes de schizophrénie est estimé en France à 600.000 (Sources INSERM), dont 235.000 seraient pris en charge par le dispositif psychiatrique et 90.000 auraient été hospitalisées au moins une journée en psychiatrie, en 2013 (Sources : outil-sante).

¹²⁹ Cette école, ouverte dans les années 1920, accueillera des enfants, considérés comme éducatibles, âgés de 6 à 16 ans. Un pavillon sera réservé aux garçons (Bourneville) et un aux filles (Seguin). Les enfants plus lourdement handicapés seront hébergés aux pavillons, Morel pour les garçons et Séglas pour les filles. En 1968(b), G. Daumézon écrira : *Psychiatrie et médecine scolaire*.

davantage que l'instruction, des conflits fréquents, dont les enfants faisaient les frais déchiraient l'atmosphère » (1940, p.4).

Or en 1939 trois d'entre elles furent mobilisées et quittèrent l'établissement, l'on prit alors comme Directrice l'institutrice restante et l'on nomma 3 employées de l'institution pour faire fonction d'institutrices, parce qu'elles en avaient le niveau (brevet supérieur), on les appela des surveillantes éducatrices.

G. Daumézon précisa qu'alors les conflits cessèrent, sans être très précis sur les raisons de leur disparition, cependant il semble bien que la principale d'entre elles, fût sans doute la constitution d'un collectif dont les membres s'étaient cooptés et fédérés autour d'un nouveau projet élaboré en commun.

Mais surtout il mettra en avant (1942), dans le registre d'une distinction qu'il fera constamment entre l'instruction (circonscrite au temps de l'apprentissage des connaissances que nous pourrions qualifier de théoriques) et l'éducation (non contrainte dans un temps donné), que l'éducation des « arriérés » dans un internat ne se réalisait plus que pendant les jours de classe, comme auparavant, mais 365 jours par an, comme pour les autres soignés.

Le séjour moyen d'un enfant à l'école de perfectionnement était d'environ 5 ans pour les enfants qualifiés d'inéducables perfectibles, qui avaient un déficit intellectuel, tout en étant « calmes et sensibles » et leur nombre, du fait de cette durée, était important. On essayait donc le plus possible de les placer aux alentours, dans des fermes, d'autres non éducatibles avaient le niveau intellectuel d'un nourrisson.

Sur les 120 places (en 5 classes) seules 24 par an en moyenne était vacantes, non parce que des solutions de sortie avaient été trouvées, mais parce que devenus adultes ils étaient placés avec les adultes.

Le projet de G. Daumézon et de son équipe était toutefois d'éviter au maximum le placement des enfants dits éducatibles dans les hôpitaux psychiatriques et d'imaginer pouvoir travailler en externat avec les familles,

Dès l'été 1942, des colonies de vacances avec des enfants « normaux » furent mises en place, principalement pour les enfants pauvres et ayant des troubles « d'adaptabilité sociale », il n'y eu aucun problème.

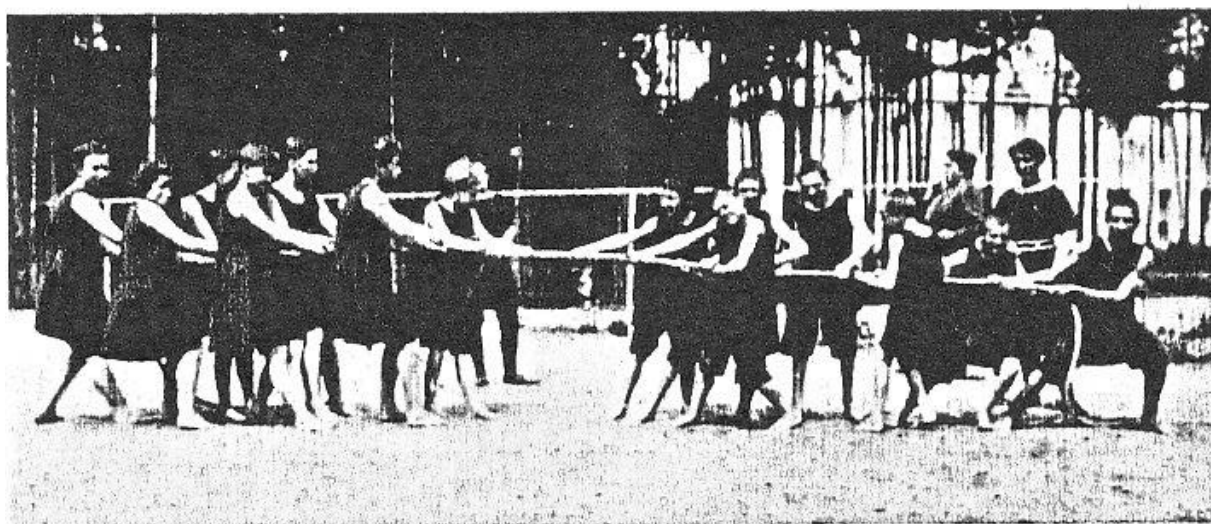
On remarquera que les futurs concepteurs de la psychothérapie institutionnelle tels : G. Daumézon, F. Tosquelles et J. Oury, pour ne citer qu'eux, commencèrent par s'intéresser aux

enfants en difficultés, avant de s'occuper des adultes, en s'inspirant des expériences qui y avaient été réalisées.

1



2



Fleury-les-Aubrais dans les années 1950/1960 : Photographies de la classe des « petits » au pavillon Bourneville (1) et jeu de tir à la corde entre filles et garçons (2).

CHAPITRE 2. LE RENOUVEAU DE LA PSYCHIATRIE ET L'EXPERIENCE DE FLEURY-LES-AUBRAIS (1945-1951)

Différentes photographies de Fleury-les-Aubray dans les années 1950-1960



2-1. INTRODUCTION

Nous préciserons d'abord qu'il n'y a pas une théorie de la psychothérapie¹³⁰ institutionnelle, mais des projets de psychothérapies institutionnelles, puisqu'il s'agit avant tout, d'un mode de construction et de réalisation reposant sur la prise en compte de la singularité des contextes environnementaux et des relations comme des actions qui s'y réalisent.

C'est pourquoi l'on parlera ici de la singularité de la démarche de psychothérapie institutionnelle de G. Daumézon, lui-même se chargeant rapidement de rappeler qu'il fallait y voir là le travail de toute une équipe et non le fait d'un seul homme.

Au sortir de la guerre G. Daumézon se mit donc à l'œuvre pour tenter de rendre soignante une institution qu'il considérait comme étant surtout aliénante et il souligna à nouveau (1948a), que les psychiatres étaient dans l'impossibilité pratique de consentir un temps suffisant, même minime, à l'ensemble des patients dont ils avaient à s'occuper.

Il reviendra par ailleurs ultérieurement sur une période encore plus ancienne où déjà s'était forgé son avis sur ce point :

« Quand dit-il, je prenais ma première place d'interne (à la fin de 1933), la « section » dirigée par un médecin chef assisté d'un interne, comptait 480 malades répartis en six pavillons. Telle était la situation dans tous les services des asiles périphériques de la Seine et celle de la plupart des asiles de province (où le nombre des internes était généralement plus faible) » (1971c, p.501).

Le constat d'un manque de psychiatres sera une constante dans son propos de l'époque et il disait fréquemment que celui qui arrivait à connaître tous les noms des malades

¹³⁰ Pour H. Ey la psychothérapie c'était : « L'essence même de la psychiatrie, sa raison d'être, l'originalité de sa position dans le cadre des sciences médicales, la spécificité de ses méthodes, c'est en effet l'acte par lequel l'esprit vient au secours de l'esprit, dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration » (1960, p. 983). Il semble que ce soit en 1872, sous la plume de l'aliéniste britannique D. Hack Tuke, que le mot de psychothérapie (ensemble de méthodes faisant uniquement appel à des moyens psychologiques pour traiter les troubles psychiques ou somatiques) ait été utilisé pour la première fois. Sur le fond toutefois, on peut sans conteste affirmer que le « traitement moral » qui envisageait de traiter l'esprit (la raison) par la parole et la persuasion, s'y apparentait (Barras & Fussinger, 2009). Il n'y avait là, toutefois, rien de bien nouveau sur le principe, puisque selon J. Pigeaud un dénommé C. Aurélianus fut l'un des premiers « psychiatre » de l'antiquité, sans qu'il en soit représentatif d'ailleurs, à proposer comme traitements : le dialogue, la lecture, le théâtre (pas la musique), afin de ne pas traiter que le corps mais aussi l'âme. A cet égard, il s'opposait notablement, selon elle, aux prises en charge traumatisantes : fouet, jeûne absolu... qui étaient selon lui inefficaces. Bien plus proche de nous, on remarquera que la psychothérapie, d'environ 1950 à 1970, était fréquemment assimilée à la psychanalyse, c'est l'époque également où G. Daumézon posera la question délicate de savoir si les infirmiers étaient des psychothérapeutes. Par la suite et un peu à la fois cette dominante psychanalytique s'effaça, de même que le monopole des médecins et des psychologues en la matière. On trouve désormais différents courants dont s'inspirent diverses psychothérapies et en particulier, outre la psychanalyse, la systémique, le cognitivo-comportementalisme etc. Devant un vide juridique entraînant certaines dérives la loi n°2004-806 du 9 Août 2004 a tenté de réguler le droit d'être qualifié de psychothérapeute. Seuls les psychiatres, les psychologues et les psychanalystes peuvent se prévaloir *de facto* de ce titre, les autres psychothérapeutes devant attester d'une formation théorique et d'un stage.

hospitalisés dans son service, constituait une exception¹³¹. Il avouait même (1960), qu'il se sentait parfois coupable auprès des malades, parce qu'il avait passé trop de temps en entretien individuel avec l'un d'entre eux, au détriment des autres.

Aussi très vite se posa pour lui la question de la différence qu'il y aurait à faire entre la dimension individuelle et/ou collective de son travail, même si nous ferons le constat que ce n'est pas la seule raison qui, dans le cadre des prises en charge des malades mentaux, lui fit privilégier davantage les actions collectives qu'individuelles.

Ce choix aura par la suite une influence extrêmement importante sur sa façon d'envisager la nature et les modalités des soins qui seront dispensés dans les lieux où il exercera et nous l'avions évoqué précédemment, sur sa façon de concevoir le rôle et la fonction des formations à envisager pour le personnel, médecins compris.

Il précisait fréquemment à ses débuts, que si on avait appris aux psychiatres ce qui concernait les prises en charge individuelles, il n'en allait pas de même pour ce qui était relatif aux thérapies collectives, souvent réduites à de simples moments distractifs, ou en ce qui concernait le travail, réduit à de seules considérations économiques.

Cette dimension de l'approche collective des prises en charge de la maladie mentale l'interrogeait également sur la fonction de socialisation des soins qui en découlaient, certes importante à prendre en compte, mais qui ne devait pas faire oublier comme le disait G. Simmel que : « tout récit, toute description d'un état social est la mise en pratique d'un savoir psychologique » ([1908], 2013, p.58).

Il convenait donc pour G. Daumézon de s'interroger sur les effets qui émanaient et animaient les collectifs et les groupes, que ce soit de façon consciente ou inconsciente¹³².

Tout en sachant, selon lui, que l'on avançait là, dans l'évocation de l'inconscient, en terrain encore peu connu, insuffisamment exploré dans le registre des prises en charge psychiatriques et source d'une résistance importante chez les psychiatres.

Dit autrement la fonction essentielle du médecin, dans le cadre des approches thérapeutiques collectives, n'était pas d'avoir comme seul objectif la socialisation du patient,

¹³¹ Pour faire face à cette préoccupation très pragmatique G. Daumézon et d'autres psychiatres mettront explicitement en avant qu'il convenait de s'inspirer pour fixer le nombre de malades par pavillon, de celui qu'il y avait dans les classes des écoles, soit une trentaine au maximum, ce nombre apparaissant comme propice à un travail collectif raisonnable, sans que l'individu ne soit oublié dans la masse.

¹³² G. Daumézon juste après la Seconde Guerre mondiale, s'inspirera des apports de la psychiatrie sociale américaine et des travaux menés sur les dynamiques et les thérapies de groupe, il montra en particulier de l'intérêt pour ceux de K. Lewin (1947) et de J-L. Moréno (1965). On peut lire également de la même époque : Bion, W & Rickman, J. (1947). *Thérapeutiques de groupe*, et Bernard, P. (1948). *La psychothérapie de groupe*.

par la normalisation et en ne s'attachant qu'à résoudre les éléments pathogènes d'une problématique qui ne serait que sociale¹³³, sa fonction essentielle était plutôt de soigner un moi¹³⁴, qui bien que social, ne s'y résumait pas.

Le médecin psychiatre n'était d'ailleurs pas missionné pour cela par la société précisera-t-il et si cela était le cas, ce qui se produira dans l'histoire, cela poserait de toute manière d'évidents problèmes éthiques (Daumézon, 1980a).

Plus précisément L. Lambrichs avancera comme explication à ce phénomène ce qu'elle appelle les critères cachés de la normalité scientifique médicale. En effet si la santé physique dispose à peu près de normes biologiques au sens strict, il n'en va pas de même au niveau de la santé mentale.

Or bien souvent ajoute-t-elle :

« Implicitement le médecin occidental considère que les critères sociaux priment sur les critères individuels et que la santé mentale, pour un individu, consiste d'abord à s'adapter à la société dans laquelle il vit [...] (elle interroge) la fonction du médecin est-elle d'être le garant d'un certain ordre social ou de se mettre avant toute chose au service des individus ? » (1993, p.412).

La prudence sera donc de mise en la circonstance pour G. Daumézon (1971b) et c'est ce conseil qu'il donnera bien plus tard à son jeune collègue J. Hochmann chantre des approches collectives du soin psychiatrique et de la cause sociale du fait psychiatrique¹³⁵.

Mais il n'en demeure pas moins que cette dimension du soin lui apparaissait comme déterminante, tout au moins dans la première phase de son exercice professionnel, qu'il qualifiera lui-même d'asilaire.

¹³³ La question sociale sera mobilisée par les psychiatres et les modèles de compréhension et de prises en charge de la maladie mentale qu'ils tenteront d'élaborer seront eux-mêmes influencés, par des facteurs sociaux. Ils constateront à l'évidence que certaines altérations de ce lien social, l'anomie de E. Durkheim par exemple ou la perturbation des relations dans une famille considérée comme institution sociale, étaient par ailleurs susceptibles d'entraîner des troubles et une souffrance psychique (Valestro, 2001). On remarquera que pour M. Mauss une théorie sociologique de la maladie mentale serait tout à fait envisageable, indépendamment même de toute proximité avec la médecine car disait-il : « La maladie mentale est un phénomène social total [...] tous les éléments, toutes les dimensions, toutes les épaisseurs du social s'y retrouvent » (cité par Sévigny, 1994, p.168).

¹³⁴ G. Daumézon dira à cet égard en précisant sa pensée sur le concept de l'individualisation : « Plus généralement, les références temporelles ou d'espace sont sujettes à variation d'un sujet à l'autre et d'une période à l'autre de son histoire individuelle. E. Minkowski intitulera ainsi un de ses chapitres de son *Traité de psychologie* : « Sur le chemin d'une vie humaine » ; nous ne pouvons aujourd'hui éviter de nous engager sur cette piste » (1977a, p.805).

¹³⁵ L'effectivité de l'existence des relations entre la maladie mentale et le social ne fut guère remise en doute par les professionnels du champ considéré. Nombre de médecins aliénistes puis de psychiatres, postulèrent d'ailleurs à l'instar d'une approche psychosociologique structuraliste d'inspiration durkheimienne, qui fut longtemps dominante, que c'était la société, dans ses différentes déclinaisons institutionnelles, qui faisait l'homme (Ey & al, [1960], 2010). La structure sociale était contributive et constitutive de la structure individuelle, d'autres s'en distinguèrent, dont particulièrement G. Daumézon et globalement les tenants de la psychothérapie institutionnelle ou de la psychanalyse.

Elle précédera la période qui sera pour lui celle de la psychothérapie institutionnelle et cette transition s'effectuera principalement par la place déterminante qu'il accordera à l'action et aux activités¹³⁶, en particulier dans son expression quotidienne ainsi qu'elles seront mobilisées à l'occasion des projets thérapeutiques qu'il mettra progressivement en place (Daumézon, 1958a).

On soulignera ici, que G. Daumézon, n'a jamais été contre l'utilisation des thérapies individuelles, mais il ne les estimait pas comme étant suffisantes pour soigner les patients qui se trouvaient à l'asile et en plus, nous venons de l'indiquer, le faible nombre de psychiatres habilités à les réaliser ne lui semblait ni réaliste, ni efficace, pour envisager leur développement.

Toutefois ajoutait-il et cela déterminera le sens de sa démarche thérapeutique en le distinguant selon lui de la psychanalyse : « (Nous devons) pénétrer le mode d'action individuel de nos essais de sociothérapie et [...] il faudra que la pratique psychiatrique soit confrontée, elle, à l'entière vie du patient, passé et avenir compris » (*Ibid.*, p.804).

Cette démarche le conduira à proposer une autre clinique psychiatrique, qui ne soit pas nosographique¹³⁷, mais qui reposerait sur l'étude de l'activité des patients afin de mieux envisager comme le dira F. Tosquelles, qui partageait son point de vue, les « styles d'existence » des malades, G. Canguilhem (1966) parlait des « allures inédites de vie » pour évoquer le mot de handicap qu'il n'utilisait jamais.

Il convenait alors selon G. Daumézon (1977a) de s'intéresser à la vie du patient, à sa biographie, pas uniquement et principalement celle de son enfance toutefois, mais tout autant celle de son passé proche et de son actualité et pas seulement dans le périmètre d'une séance entre le malade et le médecin, il ajoutera : « La psychiatrie prochaine, transcendera cette démarche non certes dans l'exposé de l'observation mais dans le propos de la rencontre, par l'information, du regard du psychiatre sur l'Histoire du patient » (*Ibid.*, p.806).

¹³⁶ Il écrira : « De tout temps, les aliénistes ont cependant insisté sur la valeur curative de l'occupation des malades et l'utilisation de leurs loisirs. Depuis quelques lustres, on a pu s'attacher, dans divers pays étrangers, à codifier l'emploi de ces méthodes pour aboutir à de réelles techniques. Chaque malade faisant l'objet de décisions rééducatives spéciales, dosées en quelque sorte individuellement, de telle sorte que le séjour dans l'établissement était devenu l'occasion d'une rééducation, voire d'une psychothérapie très fine » (1948b, p.220).

¹³⁷ Pour R. Sévigny (1994), toute nosographie, lorsqu'elle se propose de classer des troubles en fonction de certaines formes dominantes, n'est historiquement que factuelle, ainsi que socialement et culturellement partielle et relative. Ce que l'on qualifie de conduite anormale n'aurait alors d'autre fonction que de déterminer et de valider la normalité dans le groupe, telle qu'elle a été définie à un moment donné de son histoire, tout en assurant sa pérennité dans le temps ou pour le moins en essayant de le faire. Le pathologique ne se confondrait ainsi jamais avec l'individuel mais serait l'expression d'une prise de distance sociale avec le collectif, le normal comme ce qui s'en distingue étant complémentaires, l'un n'existant que par rapport à l'autre. On peut également lire sur le sujet : Daumézon, G. (1980b) : *Légitimité de l'intérêt pour l'Histoire de la psychiatrie*.

2-2. LES CARACTERISTIQUES DE L'INSTITUTION ASILAIRE SELON G. DAUMEZON

Avant d'aborder le point de vue de G. Daumézon sur la question de l'asile d'abord et de l'hôpital psychiatrique ensuite, il convenait de se rappeler qu'il s'agissait avant tout d'institutions afin d'en présenter à ce titre leurs caractéristiques.

Ce qui nous intéresse ici n'est pas de procéder notons-le à une classification des institutions, mais d'essayer d'en comprendre certains mécanismes qui les animent et qui peuvent prendre place dans le contexte de notre travail.

2-2-1. La question générale de l'institution

2-2-1-1. Introduction

Traiter de l'objet de l'institution, c'est aussi le faire d'un processus général qui la traverse et qui l'anime sous la forme de la problématique de la socialisation, qui sera par ailleurs au cœur de la question de savoir comment un individu peut être concerné par ce processus, dans un collectif et en quoi l'éducation interpellée peut y être un contributeur actif ? Pour y répondre, nous aborderons successivement les thèmes de l'institution et de la socialisation, en sachant qu'ils sont indissociables.

Nous ferons également remarquer que l'examen de ces thèmes premiers de la sociologie, seront considérés comme étant du registre d'une priorité par G. Daumézon, qui proposera que systématiquement, tout acteur ayant à voir avec la psychiatrie soit tenu de se former à la discipline sociologique, afin de mieux comprendre, insistait-il ; les "ensembles" humains dans lesquels il était amené à agir¹³⁸.

¹³⁸ Même si c'est tardivement que la sociologie s'y intéressa effectivement et pas de façon anecdotique, il n'est pas d'auteurs concernés par la question de la psychiatrie qui estime qu'elle n'a pas de lien avec la société. D'emblée et à l'aube de la naissance de la sociologie, A. Comte (1842) et E. Durkheim (1897) estimeront que la maladie mentale revêtait des caractéristiques sociales et s'exprimait par des conduites sociales spécifiques qui posaient, outre le problème de leur régulation, celui de la prise en compte nécessaire des constituants sociaux de leur cause. E. Fromm (1955) précisera que c'est bien la société qui est interpellée, lorsqu'il s'agit de caractériser la pathologie d'une personne et M. Mauss confirmera que la maladie mentale est avant tout un phénomène, un fait social : « les conduites individuelles, normales, dira-t-il, ne sont jamais symboliques par elles-mêmes, elles sont des éléments à partir desquels un système symbolique, qui ne peut être que collectif, se construit » (cité par Levi-Strauss, 1989, p. 4). Dans ce contexte G. Daumézon contribuera à l'ouvrage de Bléandou, G. (1976) : *Dictionnaire de psychiatrie sociale*. On peut aussi lire sur la question : Daumézon, G., & Lanteri-Laura, G. (1959) : *Psychiatrie : plaidoyer pour l'attitude phénoménologique en sémiologie psychiatrique* ; Daumézon, G., & Lanteri-Laura, G. (1961) : *Signification d'une sémiologie phénoménologique*.

Les définitions concernant la notion d'institution sont nombreuses et empruntent à des tendances et des courants scientifiques et idéologiques, dont la spécificité en détermine la teneur particulière et à l'évidence un sociologue, un économiste ou un psychanalyste, par exemple, ne la définiront pas de la même façon.

Aussi allons-nous essayer de nous attacher à ce qui fait consensus et à ce qui semble identique dans le différent pour ensuite articuler ces résultats à l'objet de notre problématique imposant la nécessité de s'intéresser au dénominateur commun de la pédagogie institutionnelle et de la psychothérapie institutionnelle, à savoir : l'institution.

Pour les durkheimiens d'abord et bien que ce terme d'institution, soit difficilement précis selon eux, il désigne : « un organisme relativement stable, soumis à des règles de fonctionnement et accomplissant des fonctions sociales spécifiques » (Beillerot, 1994, p.25).

L'institution en elle-même est par ailleurs inséparable de l'humain, qui en aura précisé le sens, quel qu'en soit la nature et la fonction, elle revêt donc de façon essentielle une caractéristique humaine et en est issue de son expression (Godelier, 1984).

Selon J. Beillerot, à nouveau et par contre, d'après cette même tendance, on ne peut parler d'institution que si se trouvent réunies : « des règles (et) une idée directrice venant d'un individu ou d'un groupe créant un pouvoir organisé » (*Ibid.*, p.27).

A cet égard pour l'institution précise M. Godelier : « représenter, interpréter, organiser, légitimer, sont autant de manière de produire du sens » (1984, p.184).

Le statut précéderait le constat, et comme le dit D. Martuccelli : « il n'avait qu'un intérêt secondaire, puisqu'il n'était que l'envers des structures sociales (du social intériorisé ou un support des structures) » (2005, p.1).

Selon ce même auteur, cette approche durkheimienne, qui a été l'une des premières à s'intéresser à cette notion, ne serait plus de circonstance et il ajoute : « Il faut reconnaître que dans les travaux actuels le regard se porte de plus en plus sur l'individu lui-même » (*Ibid.*, p.1)

Cela étant et dans tous les cas de figure la première des questions qui se pose est de savoir comment la vie sociale est possible et pour ce faire entre en jeu au niveau institutionnel un processus que l'on qualifiera de socialisation¹³⁹.

¹³⁹ G. Simmel émettra l'hypothèse que : « La société est d'abord l'ensemble complexe d'individus socialisés, le matériau humain qui a pris une forme sociale, tel qu'elle constitue toute la réalité historique. Mais ensuite la société est aussi la somme de ces formes relationnelles grâce auxquelles les individus deviennent justement la société au premier sens du terme » (1908., p.47). Un processus dialectique de socialisation se met en œuvre à partir des actions réciproques entre les individus et des effets qui en résultent. Le « fait sociologique » pour G. Simmel (1917) et contrairement à ce qu'en pensait E Durkheim (1919)

2-2-1-2. La socialisation

La socialisation selon D. Martuccelli est : « un processus par lequel les individus, en acquérant les compétences nécessaires, s'intègrent à une société, et la manière dont une société se dote d'un type d'individu » (2005, p.3).

Elle exprime et rend compte des liens et des tensions entre l'action individuelle et l'ordre social.

Pour G. Ferréol : « La socialisation est donc à la fois apprentissage, conditionnement et inculcation, mais aussi adaptation culturelle, intériorisation et incorporation¹⁴⁰ » (1991, p.253).

En ce qui concerne la question, première et fondamentale, que nous évoquions précédemment et qui est de savoir comment la vie sociale est possible, D. Martuccelli propose deux versions.

L'une qu'il appelle enchantée et qui reconnaît à l'individu la maîtrise « du choix définitif de l'action » (qui est effective), elle regroupera comme adepte les partisans de la sociologie de l'action, tels par exemple : M. Weber, L. Von Mises mais également M. Crozier, R. Boudon, A. Touraine.

L'autre qu'il nomme désenchantée où les individus sont « agis par le système social » (l'action de l'individu étant une illusion subjective), dans une conception où la socialisation est un processus d'intériorisation des normes du milieu, elle aura par exemple comme partisan : E. Durkheim, mais aussi T. Parsons, P. Bourdieu, R. Linton.

Toutefois précise-t-il dans les deux cas : « le travail de socialisation est toujours ce qui permet d'établir un accord entre les motivations individuelles et les positions sociales » (2005, p.3).

Avant de revenir à cet aspect particulier de la socialisation on soulignera que cette dimension sera dominante et fortement sollicitée chez les initiateurs de la psychothérapie institutionnelle.

n'émane donc pas de la société en elle-même, car celle-ci ne peut à cet égard être considérée comme une matrice, mais doit l'être comme un produit, une conséquence et non une cause. Dans ce cas de figure comme le met également en avant M. Grawitz : « la société n'est qu'une apparence, la réalité se sont les interactions entre les individus » (1986, p. 127).

¹⁴⁰ Ces psychiatres se reposant initialement sur le rapport entre l'inné et l'acquis vont ensuite privilégier une approche pragmatique des effets de l'environnement et de la culture sur le développement de la personnalité (Brisset, 1963 ; Devereux, 1970). Ils considéreront qu'il pouvait y avoir une structure modale de base (Linton, 1945, Kardiner, 1969) et qu'il existait des pulsions primitives primaires qui nécessiteront selon eux des procédures éducatives et la mobilisation de structures idéologiques importantes (Boudon, 1969) pour pouvoir se médiatiser à nouveau (se fonctionnaliser) dans des faits et des conduites culturelles socialisantes et socialisées (Malinowski, [1944], 1968).

Ils poseront en effet comme postulat, ce qui est de tout temps un objet de divergences entre les auteurs et en particuliers avec les durkheimiens, que pour eux toute situation sociale ou humaine est une institution, à partir du moment où elle repose sur une relation sociale.

Ainsi, pour le psychiatre P. Paumelle (1970, 1976), par exemple, l'équipe soignante serait la première des institutions mobilisée dans le travail thérapeutique, surtout d'ailleurs lorsqu'il s'agit de prendre en charge des troubles liés à la psychose (Gauthier, 2003).

G. Simmel (1908), précisait en outre qu'il n'y avait de société et donc pour lui d'institution, que lorsqu'il y avait action entre des individus, c'est-à-dire lorsqu'ils y avaient entre eux des effets réciproques.

Pour lui en effet le fait sociologique, et il se différençait nettement en cela et à nouveau d'E. Durkheim, ne relèverait pas de la société, puisqu'elle n'était qu'une apparence, une forme matricielle de la réalité, mais serait issue des interactions entre les individus¹⁴¹.

Nous voici ici et à cet égard, bien proche de ce qui inspirera G. Daumézon et nous le soulignerons à plusieurs reprises ultérieurement, lorsqu'il s'attachera à faire des interactions soignés/soignants, qui procèdent des activités du quotidien, le creuset effectif et mobilisateur de relations potentiellement productrices d'effets thérapeutiques, ou éducatifs, pouvant transformer l'hôpital psychiatrique dans sa totalité.

Pour G. Simmel, en outre, la société et ses déclinaisons institutionnelles, qui n'en sont que des subdivisions caractérisées par la spécificité de leurs objectifs : famille, école, hôpital... sont des produits, des conséquences, des résultats et non des causes, puisqu'elles ne se conçoivent que comme : « l'agrégation des actions individuelles configurées par l'entrelacs perpétuellement mobile des actions réciproques » (cité par Derock-Garcel, 1999, p.15).

Evidemment, il ne s'agit pas de nier l'existence de formes sociales générales, telles que nous les avons décrites précédemment et qui constituent des architectures institutionnelles spécifiques appartenant au registre de ce que l'on appellera : *L'Institué*, ni les effets de structure qui peuvent en résulter.

¹⁴¹ Selon G. Simmel c'est ce qui : « modèlent à partir de la coexistence des individus isolés certaines formes de collectivité et de communauté qui ressortissent au concept général d'action réciproque [...] Le processus de socialisation procède donc toujours des réalisations innombrables et diverses, dans lesquelles les individus constituent une unité fondée sur (des) intérêts matériels ou idéaux, momentanés ou durables, conscients ou inconscients, agissant comme des causes motrices ou des aspirations téléologiques et à l'intérieur desquelles ces intérêts se réalisent » » (Simmel, [1908], 2013, p.44). Ce sont ces phénomènes d'agrégation (d'association), qui fondent et structurent, à la fois l'existence et la nature d'une institution.

Toutefois, elles ne doivent être considérées que comme des matrices générales, certes et bien souvent avec un haut pouvoir de normalisation potentiel, mais qui n'en est pas le résumé et qui ne s'y réduit pas¹⁴².

Ce qui serait plutôt déterminant, c'est ce que G. Simmel appelait *les atomes* de la société, qui sont : « les actions réciproques tout aussi peu voyantes de personne à personne » ([1908], 2013, p.56).

Les formes de socialisation les plus fondamentales seraient donc aussi les plus discrètes, elles en seraient également les éléments dynamiques, car issus du vivant, qui produit du vivant dans ce qui est institué et que l'on nommera : *L'Instituant* (Castoriadis, 1975).

La combinaison de ces actions *a priori* simples produirait par ailleurs parfois des effets généraux importants au niveau d'une société dans son entièreté (Boudon, 1977).

Pour en revenir à D. Martucelli et selon sa classification, nous serions ici dans une approche de la socialisation que chez G. Daumézon l'on qualifierait d' « enchantée » et qui présupposerait à la fois l'autonomie de la personne et son intégration sociale, mais surtout qui postulerait que la socialisation ne serait pas un processus « unique et fini » qui s'apparenterait à : « la programmation individuelle, assurant la reproduction de l'ordre social à travers une harmonisation des pratiques et des positions » (2005, p.3).

Lorsque l'on parle de socialisation, il y aurait donc une distinction à faire entre deux grandes phases : la socialisation primaire d'abord agissante dans les premières communautés d'appartenance et en particulier celle de l'enfance et de la famille et les socialisations secondaires ensuite, comme la scolarité, le travail... qui durent toute la vie (Berger & Luckmann, [1966], 1986).

¹⁴² Selon B. Valade (2014) des phénomènes de socialisation plus généraux entrent en jeu, ce qui ne peut être contesté et l'individu, considéré comme acteur et comme actant, ne peut se réduire et se résumer à lui-même, aussi n'est-il pas question de les omettre de la réflexion et de l'explication des phénomènes sociaux, cela n'aurait aucun sens. Il ne serait pas plus pertinent toutefois d'en surestimer la prévalence ou le déterminisme, en faisant de l'action, un produit qui ne relèverait uniquement que d'un processus global de socialisation. Sans doute y a-t-il à trouver, ce qui se fait fréquemment d'ailleurs dans la pratique sociologique, un juste milieu entre un individualisme qui se voudrait holistique et un réalisme devenant totalitaire (Piaget, 1967) ; Une tierce position est possible selon F. Vandenberghe (1999) sous la forme de : « l'interactionnisme méthodologique ». Il n'en demeure pas moins qu'une démarche individualiste, au sens explicatif et méthodologique, postulera qu'un phénomène est la conséquence du comportement des individus appartenant au système social où le phénomène est actif et observé (Boudon & Bourricaud, 1982). C'est aussi, de façon essentielle et à partir d'un schéma de pensée poppérien, admettre la singularité et la primauté de la démarche humaine à l'origine de la mise en œuvre et de l'interprétation de tout phénomène social, y compris scientifique (Fourez, 2003). L'acteur en définitive est déterminant et non déterminé, même s'il subit l'influence des structures sociales dans lesquelles il se trouve (Dupréel, 1948).

Il en résulte alors constamment une double dynamique, qui procède de ce que J. Piaget appelait l'assimilation/accommodation : l'individu intègre les normes du milieu mais y impriment les caractères propres qui relèvent de sa singularité (Dortier, 2004).

Le moment institutionnel, en l'occurrence ici psychiatrique, serait donc l'un de ces processus secondaires, même si nous le verrons certains psychiatres, dont G. Daumézon, évoqueront la possibilité de se préoccuper aussi de la socialisation primaire, lorsqu'elle avait été, par le biais d'une éducation inexistante ou défailante, la cause explicite des troubles qui avaient conduit à la nécessité de devoir être pris en charge pour raison de troubles mentaux.

Il ne s'agissait pas alors pour ces psychiatres, ce qu'on leur a souvent reproché, de produire un sujet nouveau, qui aurait été conditionné pour cela, mais de permettre qu'un sujet puisse se révéler différemment, en imaginant que sa socialisation puisse redevenir le résultat d'un compromis, « d'une transaction » entre des ensembles normalisés et normatifs et des capacités stratégiques qu'il pourrait mobiliser¹⁴³ (Dubar, 1991).

La socialisation serait donc un processus adaptatif, postuleront R. Boudon et F. Bourricaud qui précisent : « Face à une situation nouvelle, l'individu est guidé par ses ressources cognitives et par les attitudes normatives résultant du processus de socialisation auquel il a été exposé, mais la situation nouvelle l'amènera éventuellement à enrichir ses ressources cognitives ou à modifier ses attitudes normatives » (1982, p.530).

Cela se faisant dans un contexte interactif, les auteurs ajoutaient à cet égard :

« Le paradigme de l'interaction non seulement n'est pas incompatible avec mais permet d'inclure l'hypothèse fondamentale de l'optimisation selon laquelle, dans une situation donnée, un sujet s'efforce d'ajuster son comportement au mieux de ses préférences, de ses intérêts tels qu'il les conçoit [...] face à une situation nouvelle ou à un environnement nouveau, un acteur aura, en règle générale, la capacité de modifier certains effets de la socialisation antérieure à laquelle il a été exposé » (*Ibid.*, p.531) ¹⁴⁴.

¹⁴³ Selon E. Zarifian : « l'homme est en interaction perpétuelle avec ses semblables. Le milieu agit profondément sur l'individu, il le façonne, le conditionne, définit la norme à laquelle il doit se conformer [...] Le sujet doit percevoir sa propre identité, mais aussi son appartenance au groupe social. Dans une certaine limite il sera aussi acteur dans le groupe. L'homme et sa pathologie sont inséparables de son environnement. Il n'y a pas de pathologie mentale sans trouble de la communication et difficulté à l'identification » (1988, p.167).

¹⁴⁴ Selon le psychosociologue G-H. Mead, qui fut l'un des premiers à essayer de clarifier la notion d'interaction, celle-ci serait inhérente à la nature humaine et reposerait sur le postulat que le « moi » n'existerait que par et dans le registre des interactions sociales, il en déduit que l'acte individuel n'existe pas et que seul préside l'acte social, c'est-à-dire réalisé à travers une activité impliquant au moins un autre individu (Mucchielli, 1994).

Les apprentissages qui permettront ces modifications seront plus ou moins longs et difficiles compte tenu des objectifs à atteindre et de la même façon, plus cette démarche reposera non sur la contrainte, mais sur l'adhésion de l'individu, condition nécessaire pour que ces modifications soient effectives et efficaces, plus cela sera compliqué à réaliser.

On pourra et nous le montrerons, avoir plus tard l'impression, que c'est exactement ce qui a fondé la démarche des initiateurs de la psychothérapie institutionnelle, dont G. Daumézon au premier chef et que cela portait en germe les difficultés qu'ils rencontreront, compte tenu de la complexité à mettre en place leur projet.

Nous sommes enfin proche ici, d'une idée et d'une intention, qu'E. Esquirol exprimait déjà en son temps, sur la fonction qu'aurait pu avoir « l'asile thérapeutique » placé dans les mains habiles d'un médecin (Daumézon, Paumelle, & Tosquelles, 1955).

A cet égard on fera le reproche, par exemple, à P. Paumelle, élève célèbre de G. Daumézon, d'évoquer E. Esquirol justement, voire d'être un pseudo-esquirolien, tout en oubliant, que ce nom fut selon F. Tosquelles celui du ralliement du noyau dur initial des concepteurs de la psychothérapie institutionnelle, à Montpellier en 1942.

On ignorait tout autant, que ce faisant P. Paumelle (1952) transcendait à son tour la notion d'institution¹⁴⁵, qui n'était pas que contrainte et enfermement et qui trop souvent n'avait uniquement été considérée que comme un espace clos où ne régnaient dans un ensemble de règles normatives que coercition et aliénation (Boudon & Bourricaud, 1982).

L'aliénation et la coercition précisait P. Paumelle (1952) pouvait tout à fait se retrouver en ville, dans le cabinet d'un psychiatre, comme effet de la relation qui avait été instaurée avec un malade.

Cela étant dit par un psychiatre qui plus qu'un autre sans doute dénonça l'abomination des conditions qui étaient faites aux malades mentaux dans certains hôpitaux et qui fut le concepteur d'une pratique de secteur (en dehors de l'hôpital) parmi les plus innovantes et les moins ségréguatives de son époque.

¹⁴⁵ On peut lire le concernant : Daumézon, G., & Koechlin, P. (1976) : *Philippe Paumelle à Maison Blanche*.

2-2-1-3. Institutions, rites et déviances

Il n'y a pas d'institutions sans êtres humains, nous venons de l'évoquer, sans vie en groupe et sans rites également, car c'est une des façons privilégiées qu'elles utilisent afin de se protéger et d'assurer leur propre survivance, car en définitive, si elles nous préexistent elles ne sont que ce que nous créons nous même, c'est ce qui peut le cas échéant les fragiliser (Beillerot, 1994 ; Maisonneuve, 1995).

On peut considérer que dans une approche fonctionnaliste, les rites, qu'il est par ailleurs difficile de définir dans l'absolu, s'inscrivent dans un dispositif très général de régulation des rapports sociaux afin de permettre, par la mise en place de conduites répétitives et codifiées, la vie en communauté.

A. Mucchielli, en ce qui les concerne, parlera de coutumes et de pratiques coutumières :

« La coutume, dit-il, est une façon d'agir établie par l'usage d'un ensemble d'individus, c'est une façon d'être à laquelle les membres d'une société se conforment. Cette habitude collective d'agir est transmise par l'éducation et la socialisation. L'imitation et la pression de conformisation participent à la transmission des coutumes [...] Les coutumes, par le fait de leur répétition de leur acceptation par un ensemble d'acteurs, et de leur transmission comme modèles de comportement de référence, sont donc des normes comportementales, c'est-à-dire des comportements jugés positivement (sans connotation de valeur) et servant de référence aux conduites » (1994, p.12).

J. Maisonneuve ajoutera que ces normes :

« Constituent d'abord un ensemble de références communes et renforcent la cohésion du groupe [...] Érigées en règles de conduite, elles représentent un pouvoir supra individuel, pouvoir qui se substitue aux avatars des influences interpersonnelles et auxquelles on peut se référer en cas de conflit. En ce sens, comme l'ont noté Thibaud et Kelley (1959), les normes ont pour fonction de réduire le coût des interactions au sein du groupe » (1973, p.63).

Car si c'est en fonction des normes et modèles que s'effectue la socialisation de l'individu, on ne peut guère considérer qu'un groupe social agit comme une unique personne pensante (Douglas, 2004).

Il faut en effet, sans cesse, faire cohabiter des intérêts différents et souvent contradictoires et les mettre au service d'une démarche d'ensemble, qui est et se veut avant tout collective ou qui au minimum présuppose que l'on puisse cohabiter dans un même espace social, qui n'est pas vierge de tensions, loin s'en faut.

Alors certaines institutions et celle de la psychiatrie en sera l'exemple typique et extrême à bien des égards, vont s'attacher à tout faire pour que ces conflits, qui la mettent en danger n'existent pas, quitte à en nier l'existence dans la construction et le modèle d'une réalité où aucune place ne lui sera faite.

Certes les réunions entre individus permettent d'avoir une fonction d'échange et de régulation de la vie collective, mais d'abord elles sont restreintes et ensuite la question principale n'en demeure pas moins qu'il faut aussi imaginer des façons de travailler ensemble sans se rencontrer et sans intermédiaire, ce sera l'un des objectifs principaux de la pratique de la ritualisation dans les hôpitaux psychiatriques.

Pour ce faire, elles pousseront à l'excès et à l'extrême, ce que E. Goffman appelait les rites d'interaction, en figeant et sédimentant les relations et en les normalisant à tous les points de vue : organisation temporo-spatiale de la vie quotidienne, des relations hiérarchiques et de pouvoir, mise en place des sanctions et des récompenses, des punitions et des privilèges, tout ce qui à terme fera que des lieux présumés, comme étant de soins, deviendront des espaces totalitaire et coercitifs où l'aliénation, régnera en maître¹⁴⁶ (Goffman, 1974).

¹⁴⁶ On remarquera toutefois qu'aussi puissant étaient ces phénomènes de normalisation, ils ne pouvaient être que temporaires et relatifs, S. Freud lui-même le constatait : « Aussi bien qu'elle (une institution) vise à créer des êtres à sa convenance, elle est obligée pour survivre et pour maintenir un minimum de cohérence à aider malgré tout les individus à accéder à une parcelle d'autonomie et d'originalité » (1928, p.181).

Encart N° 3. Evocation par une infirmière de la dimension nocive de certaines pratiques psychiatriques en 1976 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« Quelques mois, après j'ai changé, je suis partie dans un service d'hommes. Alors là c'était, à cette époque-là, une semaine matin, une semaine l'après-midi, et 2 repos par semaine.

D'ailleurs il y a même un patient qui disait : « c'est vous les fous parce que vous travaillez une semaine le matin, une semaine l'après-midi et 2 jours de repos par semaine et vous être condamnés à être ici toute votre vie ».

Et donc il y avait l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi et dans ce service d'hommes les gens ne se parlaient pas du tout.

Et quand le surveillant m'avait demandé de changer de poste pour pallier un arrêt maladie l'équipe m'avait dit : « fais pas ça, tu peux-pas ».

En fait ils ne pensaient même pas au patient, à la continuité des soins, c'était tu es avec nous ou tu n'es pas avec nous. C'était quand même délicat. Mais j'ai accepté quand même de travailler avec d'autres équipes, c'était épouvantable et l'autre équipe avait aussi une caisse noire, avec l'argent des patients ils faisaient des gueuletons (repas) dans le service [...].

Il y avait aussi l'existence de bars sauvages, ils faisaient des sandwiches et des boissons, et en fait tout ça devait revenir, l'argent devait revenir au patient, ça devait revenir à l'association et aux patients et eux ils empochaient la plupart des bénéfices des ventes !

Mais petit à petit il y a eu une évolution et heureusement. Dans ce domaine-là heureusement, tout n'était pas négatif, au contraire.

Moi j'en ai connu quand même qui aimaient leur travail, c'est eux qui m'ont appris aussi comment faire, et c'est vrai que les cours théoriques c'est essentiel, mais tu apprends aussi quand tu es sur le terrain avec des gens qui ont envie de transmettre leur savoir et j'ai appris beaucoup comme ça aussi ».

2-2-2. Le point de vue de G. Daumézon

G. Daumézon avait une approche résolument sociologique et phénoménologique de la maladie mentale et notamment des lieux institutionnels, dans laquelle elle était prise en charge.

Pour lui en effet, ce qui fondait les relations entre les individus trouvait place dans les interactions réciproques qu'ils entretenaient les uns avec les autres, par l'intermédiaire d'activités sociales, qui étaient aussi des facteurs de socialisation et de détermination du rôle qui serait le leur¹⁴⁷ (Daumézon, Lanteri-Laura, 1959).

Ce rôle n'est pas figé et univoque, on peut en effet dans la même journée, avoir celui de parent dans le registre de « l'institution famille » et de chef de service de ressources humaines dans « l'institution entreprise ».

Cette notion de fluctuation dans les rôles des acteurs R. Boudon la qualifiera de « variance » et ce sera, selon lui, l'un des apports principaux du travail d'E. Goffman.

Plus spécifiquement en effet, dans le domaine de l'institution psychiatrique, qui s'est caractérisé par la coercition et la domination, E. Goffman démontrera que les rôles des malades, des reclus pour lui, y sont à la fois :

-très précis, car on se trouve dans une institution « totale » et dans ce cas totalitaire, où la sphère du privé est réduite à son minimum¹⁴⁸.

-très simple¹⁴⁹, car c'est le but recherché, afin de normaliser les échanges, en les réduisant à leur plus simple expression.

Ce point essentiel de la problématique des rôles au sein de l'institution psychiatrique n'échappait pas à G. Daumézon, qui fera même de la question de « l'apprentissage des rôles », du personnel, aussi bien que les malades, l'un des enjeux majeurs de son action.

¹⁴⁷ R. Boudon définissait ce rôle dans un système d'interaction entre des acteurs : « comme un ensemble de normes auxquelles un individu est tenu de souscrire » (1997, p.87).

¹⁴⁸ Selon E. Goffman (1968), il n'est possible de recouvrer des marges d'autonomie singulières, que dans la vie clandestine de l'institution, en endossant un rôle qu'il appellera : « la vie secondaire du reclus ».

¹⁴⁹ Pour R. Boudon : « cette simplicité a pour effet de gommer la psychologie des acteurs » (*Ibid.*, p.167).

Il ne sera pas d'ailleurs sans évoquer à cet égard le travail de W-R. Bion et de J. Rickman (1943) qui cherchèrent à : « Occuper des malades à l'étude de leurs relations interpersonnelles et à la réadaptation à un groupe (conduisant nombre de psychiatres à) : considérer la psychologie individuelle et les facteurs psychosociaux comme des éléments d'égale importance en interaction » (Bléandonu, 1970, p.14).

Il dira un jour pour qualifier l'asile comme communauté sociale¹⁵⁰ :

« Ayant à utiliser l'hôpital psychiatrique comme moyen de traitement, le médecin doit le connaître assez exactement et, avec une lucidité sans indulgence, doit en pénétrer la structure essentielle. En dehors de l'image d'Epinal qui fait de l'hôpital un asile et plus encore un lieu de traitement, l'établissement apparaît beaucoup plus réellement comme un monde clos auquel il convient d'appliquer une technique d'examen de type sociologique » (Daumézon & Koechlin, 1952, p.227).

Il considérait en effet depuis bien longtemps déjà, que l'asile était un espace social, où la vie s'exprimait et que si le résultat de ces interactions humaines, qui s'y réalisaient, s'était figé, sédimenté, c'était parce que la nature des relations qui devaient y être thérapeutiques, s'y était pervertie sous le poids de l'immobilisme utilitaire et des intérêts partisans, quand ce n'était pas pour la raison, souvent première, de la possession du pouvoir¹⁵¹.

¹⁵⁰ Pour G. Simmel dans une communauté de ce type : « les hommes influent les uns sur les autres, les uns font ou souffrent quelque chose, présentent telle manière d'être ou de devenir parce que d'autres sont là et s'expriment, agissent et éprouvent des sentiments » (Simmel, [1908], 2013, p.59).

¹⁵¹ R. Boudon expliquera également qu'au titre d'un effet qu'il qualifiait de « pervers », des actions individuelles, les meilleures soient-elles à l'origine, pouvaient produire du négatif par le jeu de leur combinaison (Boudon, 1977, 2009).

Encart n°4 : Evocation de la notion de rôle par une jeune interne en psychiatrie

(Entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« Le rôle c'est souvent après coup, on ne sait pas trop à quoi on sert, on a un rôle mais on ne sait pas pourquoi. Et la fonction est partagée et partageable, idéalement mais ce qui est difficile à faire [...] on aurait tous une fonction [...] Ben ça avait commencé justement, c'était à St Alban au moment de la guerre, ils se sont dit : « on est tous dans la même galère, patients, infirmiers, médecins, on va tous s'y coller pour récolter à manger ». Et je crois même qu'à La Borde, je ne suis pas sûre il faut vérifier, (ils ont) le même salaire. On a tous dans la constellation transférentielle¹⁵² la même importance [...]

Et après aussi il faut je pense, dans le lien avec les infirmiers, être particulièrement à l'écoute de ce qu'ils vivent parce que c'est eux quand même qui sont confrontés 8h de leur temps (de travail) avec les patients [...] il faut écouter parce que sinon il y a vite des clans qui se forment.

Il devrait y avoir des lieux où tout le monde puisse s'exprimer, moi je devrais avoir un lieu où je pourrais dire tout ce que je pense, [...] que les infirmiers puissent s'exprimer et que tout le monde puisse se remettre en question sans le prendre pour un truc personnel.

Sinon les infirmiers se plaignent des médecins dans leur dos, les médecins se plaignent des infirmiers dans leurs dos, et je trouve que soigner l'hôpital ça passe par ça, que chacun puisse s'exprimer librement pour essayer de résoudre les problèmes ensemble ».

G. Daumézon (1946-1947) pensait que parfois, l'entrée dans le système d'interaction était possible à l'asile, mais qu'il se pervertissait, c'est ainsi qu'il expliquait le cas des malades qui guéris, ne voulaient plus sortir de l'asile¹⁵³.

Il évoquera dans un rapport sa pensée initiale en la matière : « (Il y a 35 ans) la valeur thérapeutique de l'isolement dans l'asile était une constatation à laquelle on ne pouvait pas échapper. Elle était d'ordinaire interprétée comme ce qu'en terme moderne on appelle désafférentation¹⁵⁴ » (1971c, p. 502).

¹⁵² Dans une équipe de soins ce n'est pas compte tenu du statut et de la position hiérarchique que s'établira le contact premier entre un patient et l'un des membres de cette équipe, cela peut tout aussi bien se faire avec un agent des services hospitalier chargé de l'entretien des locaux, peu importe à la limite pour peu qu'une relation, une rencontre, puisse s'établir, se faire entre deux personnes (Delion, 2011, 2017).

¹⁵³ R. Barton ira jusqu'à parler de la mise en place d'une véritable névrose institutionnelle. Il s'agirait d'une maladie caractérisée par l'apathie, le manque d'initiative, la perte d'intérêts, le détachement avec l'environnement, une docilité accentuée et une soumission importante même envers des brimades. L'auteur énumère un certain nombre de facteurs qui pourraient y concourir, d'intensité et de présence variables : « la perte de tout contact avec le monde extérieur, l'oisiveté forcée, l'autoritarisme du personnel médical et infirmier, la perte des amis et des biens personnels, l'effacement de la vie personnelle, la prise de médicaments, l'atmosphère du service, l'absence de perspective de réinsertion sociale » (1969, p.10).

¹⁵⁴ La désafférentation est la dégradation, ou l'absence de sensation atteignant le cerveau (Vulgaris Médical, le 5 09 2016).

Pour lui par ailleurs l'état constitutif de l'être humain c'était d'être à la fois intime et social et le par/pour autrui selon lui importait autant que le par/pour soi¹⁵⁵.

La disparition ou l'exagération démesurée de l'un ou l'autre de ces penchants de l'être humain pouvant être source de son aliénation.

De façon générale, on peut dire que G. Daumézon aura une position de l'entre deux en ce qui concerne la prévalence que peut prendre chez un individu la partie intime ou sociale du moi, considérées comme un tout, dans le cadre des relations qu'il entretient de façon inextricable avec l'autre.

Il fera à cet égard remarquer à son ami G. Gusdorf (1948) dans un commentaire apporté à son livre : *La Découverte de Soi*, qu'il s'obstinait par trop à mettre de côté la société dans une rencontre avec autrui, qui est inévitable et par essence fondamentalement nécessaire à l'homme.

Et d'un autre côté dans une préface à un ouvrage de J. Hochmann (1971) il lui reprochera de faire l'apologie de la sociogénèse et de ne considérer l'individu que comme un élément indistinct d'un ensemble, que l'on n'aura pas tendance à considérer dans sa singularité mais plutôt au titre d'une fonction qu'il occupe dans le groupe, sa pathologie n'étant alors pas la sienne mais l'incarnation de celle du groupe.

G. Daumézon précisait d'ailleurs dans cette préface :

« On sait qu'il est de mode, dans bien des milieux, de privilégier les causes sociales de tous les désordres, et des désordres mentaux en particulier [...] aujourd'hui on tient pour progressiste les extrémistes de la sociogénèse, (or) la psychiatrie de demain, même si on lui permet l'exercice dans la société que nous revendiquons, devra prendre en compte cette dimension des réactions individuelles » (1971b, p.11-12).

Il estimait qu'en voulant, par l'isolement, désaliéner des personnes d'un environnement pathogène, on avait en fait mis en place un nouvel environnement tout aussi pathogène et aliénant¹⁵⁶, ce qu'il abordait dans deux articles : *Les malades guéris enracinés à l'asile* (Daumézon & Cassan, 1941) et *Le vertige de la sortie* (Daumézon, 1947).

¹⁵⁵ G. Daumézon et aussi de nombreux psychiatres mettront en préalable à toute réflexion sur le phénomène psychiatrique que l'homme était un être social et que sa nature se fondait dans la nécessaire relation à l'autre et dans la condition première du vivre avec et ensemble (Zarifian, 1988 ; Jaeger, 1989 ; Martin, 2000).

¹⁵⁶ P. Sivadon cité par J. Chazaud donnera à ce phénomène l'explication suivante : « A des sujets dont les fonctions adaptatives sont dérégées, on impose des conditions de vie les plus propices à l'ankylose de leur sociabilité ou à l'exaspération stérile de leur agressivité. A des personnes qui, pour le plus grand nombre, ont une structure personnelle fragile, on accorde un mode d'existence qui semble préparer tout exprès pour s'opposer à tout effort de personnalisation. Immatures, on les maintient dans une situation de dépendance et d'irresponsabilité. Dépersonnalisés, on leur enlève tous les

Il y développait, ce qui pouvait paraître paradoxal à un néophyte de la question, le fait que ce qui constituait un lieu de privation de liberté pour certains malades, ceux-ci, une fois admis à le quitter ne souhaitaient pas le faire car se sentant : « dans un lieu où l'est en sûreté ».

Il fallait donc traiter, soigner cet environnement dans ce qu'il devenait, un lieu où l'internement allait bien au-delà de ce qui était rendu nécessaire par une approche, qui n'aurait été que strictement thérapeutique et qui se prolongeait de par la volonté même des malades, ne souhaitant (ou ne pouvant) pas le quitter¹⁵⁷.

La finalité en effet n'était pas à terme que ces personnes restent à l'asile, ce qui très vite devint une préoccupation de plus en plus importante pour G. Daumézon, car selon lui « la vie sociale » de tout un chacun était celle qui se réalisait en dehors de ses murs et pas à l'intérieur.

Tous et pas seulement le médecin, étaient alors concernés par une démarche de mise en mouvement, de ce que G. Daumézon considérait comme une communauté sociale, qui pour se mobiliser devait être prise en compte dans sa globalité, y compris en y incluant les malades et le reste du personnel, dont les infirmiers.

Dans le faisceau des interactions humaines, les premières et les plus importantes étaient celles de la réciprocité, aussi est-ce le quotidien où elles se réalisaient constamment et effectivement, qui primera chez cet homme pragmatique.

Il en fera un espace de prédilection pour agir, grâce en particulier à des approches éducatives interpellées et mobilisées par le moyen et la médiation d'activités, car si à ses débuts il pensait que le premier effet thérapeutique que l'on pouvait attribuer à l'asile était lié à l'isolement, il estima également très vite, que pour y soigner et aider à la réinsertion sociale, il fallait explicitement être dans l'action et le faire.

Parmi ces activités¹⁵⁸ on trouvera, de façon privilégiée et en première intention, le travail et ensuite, les « distractions socialisantes » sous la forme d'activités plus culturelles, artistiques ou de nature sportives. Leurs objectifs, quel qu'en soit la nature¹⁵⁹, devaient

attributs élémentaires de toute personnalité : fonction sociale, costumes et objets personnels, alliances et, dans beaucoup de service de femmes, jusqu'à leur nom de mariage... » (1978, p.41).

¹⁵⁷ Une étude de M-H. Lader., & L. Wing (1966) au sujet des refus de sortie met en évidence que celui-ci augmente selon la durée de l'hospitalisation. 30% au bout de 5 ans, 80% au bout de 20 ans (cité par Chazaud, 1978).

¹⁵⁸ On lira à cet égard le travail de G Daumézon (1952d) à propos de l'analyse d'un certain nombre de thèses relatives à la sociothérapie.

¹⁵⁹ La liste des activités proposée, qui faute de place se déroulaient dans le service, est longue et sans être exhaustif nous citerons : le travail du raphia, la fabrication de chaussons, de sacs à provision, de paillason, d'animaux en étoffe, de paniers à

permettre une contribution à l'éducation de la personne malade, celle-ci étant considérée comme susceptible de faire partie positivement à sa prise en charge thérapeutique, même si cela était selon G. Daumézon bien souvent difficile à évaluer, on en cernait les effets, mais pas toujours ce qui les avait causés, comme en témoigneront les exemples qui suivent.

salades, de jouets en bois, de brosses, de tapis brosse, de fleurs artificielles, de guirlandes en papier, de corbeilles diverses, le cannage de chaises, la confection de ceinture, l'ensachement et le traitement de fruits, le tricot, la broderie, le montage d'appareils électriques comme les prises de courant...Il convenait en effet de sérier, à l'instar de ce que faisait P. Sivadon, ces activités afin de pouvoir fixer à chacun une progression à gravir. On remarquera que l'activité pour G. Daumézon était un support, une médiation permettant principalement la rééducation sociale et qu'elle ne se limitait pas à la finalité (elle n'est d'ailleurs qu'un moyen et pas une finalité) de ce qui serait produit, que ce soit individuellement ou collectivement. Il en dira lui-même : « On doit spécialement insister sur la nécessité d'une évolution continue et de mutations constantes qui marquent bien la différence avec les techniques de rééducation (purement fonctionnelles, mécaniques) : il convient que chacun de nos groupes évolue et se modifie, passe perpétuellement par des crises. Si je poursuivais l'organisation satisfaisante de la thérapeutique par le travail, je chercherais un perfectionnement constant. Tel n'est pas mon but en présence d'un atelier qui doit essentiellement vivre avec tous les risques de dégénérescence, voire de mort que cela comporte » (1948c, p.223).

Encart N° 5 : La problématique du pouvoir au quotidien, évoquée avec une infirmière cadre de santé ayant débuté son activité professionnelle en 1965 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« C'est un homme (Le médecin chef) mais... c'est un... homme... complexe... qui a envie de beaucoup de progrès... très humain... mais en même temps très conservateur de la place du chef de service.

Et donc quand j'arrive dans ce service là l'époque a changé, moi j'ai sûrement changée, j'ai rencontré des tas d'étudiants à qui j'ai dit des tas de choses, des tas de formateurs avec qui j'ai échangés et j'arrive là et on me fait faire le tour de service.

(Dans) La salle des infirmiers de ce service là il y avait un mur noir et un mur peint en violet, et moi je ne vois pas clair dans ce bureau quoi. Une grande salle, un bureau d'infirmier mais plus grand qu'ici qui servait de tout en même temps. Il y a leurs sacs et leurs gamelles qui traînent dans un coin ... Quand tu es passée par un lieu où tu enseignes des choses et que tu reviens dans un autre où... ce n'est pas concordant je vais dire.

Le soin infirmier, le milieu infirmier, le travail infirmier et ce bazar et le médecin chef qui était fier des couleurs qu'il y avait sur le mur parce que c'est lui qui les avait décidées.

Alors là moi j'ai décidé que ça il ne le ferait pas avec moi, mais... alors là il a fallu beaucoup d'adresse [...]. Moi dans mon bureau il y avait de la moquette murale pleine de poussière et je l'ai fait arracher et repeindre.

Donc il est venu me voir parce que je ne lui avais rien demandé. J'avais fait le bon (la demande écrite), j'avais eu l'accord et il arrive : « Madame vous refaites faire votre bureau ! » je dis : « rapproper, il est d'origine, je ne change rien juste un coup de frais », « vous avez enlevé la moquette ! », « Oui ! », « Et qu'est-ce que vous allez faire » « J'ai beaucoup d'idées ! ».

Alors que tout était déjà commandé, j'avais demandé de la fibre de verre et de (pouvoir) peindre en blanc ou gris pâle, ou peut-être que mon souvenir s'est un peu usé par le temps, que ça devient un peu blanc-gris. Mais clair, très clair.

Je lui dis « j'ai beaucoup d'idées, par exemple ; ce mur là il sera vert et sur ce mur là j'ai choisi du papier peint avec des grosses fleurs roses ». Il est parti en claquant la porte et il ne m'a plus jamais posé la question concernant mon bureau [...].

Donc c'était un jeu quoi, j'avais joué. On a joué quelques années, j'ai joué. C'est difficile les relations avec les médecins-chefs et puis il y avait d'autres médecins qui se connaissaient tous bien et qui en rajoutaient... Il y avait notamment un praticien hospitalier qui disait : « je ne sais pas pourquoi quand on voit le médecin chef s'en aller dans un service il y a toujours la surveillante chef (infirmière) qui trotte derrière comme si elle ne pouvait pas s'en passer de lui coller aux basques ».

C'est comme ça partout il y a le médecin chef et la surveillante chef ... trotter, heu quand lui il faisait une enjambée moi j'en faisais deux parce qu'il avait des grandes jambes.

On est toujours obligé d'être sur la défensive, ça n'a rien à voir ! C'est-pas professionnel ça. Comme si on était à la botte, je n'étais pas à la botte ! Mais c'était particulier. Et après s'instaure une espèce de vie de couple, tu sais ce que tu peux dire ou pas, c'est-pas normal, ce n'est pas professionnel non plus [...].

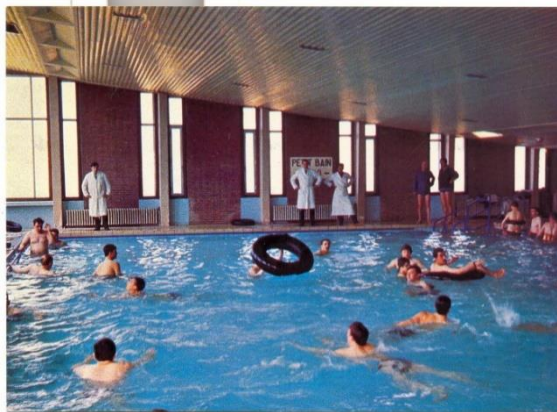
Une fois il vient dans mon bureau avec une feuille sur laquelle il avait mis des ordres dessus, et comme on s'était sûrement chipoté la veille il jette sur mon bureau la feuille et puis s'apprête à partir, et moi je prends la feuille et je la jette dans le coffre-fort près de moi, et il s'en va. Quand tu repenses à ça tu te dis : « est-ce qu'on peut parler de relation médecin et... de relations d'encadrement ... ? ».



1



2



3

Légende : Centre social (1) Atelier d'ergothérapie (2) Piscine (3) et Salle de spectacle (4) de L'Hôpital psychiatrique de Lommelet dans les années 1960/70.

4



2-3. LA MISE EN PLACE DES PROJETS D'ACTIVITES PAR G. DAUMEZON

2-3-1. L'importance des conceptions et des modalités de mise en place des projets

Lors d'une séance à la Société médico-pédagogique G. Daumézon (1948b) débutera son exposé en rappelant sa conception sur le rôle du médecin en la matière et en précisant que son action devait se réaliser en périphérie et ne s'exercer qu'au titre d'une impulsion et d'une régulation.

Bien souvent la suggestion de l'activité ne venait pas de lui, mais des infirmiers, voire parfois des malades.

L'idée de cette activité potentielle était alors diffusée auprès des malades, éventuellement susceptibles d'être intéressés pour faire partie du projet et contribuer à sa réalisation. Il était procédé de la même façon avec le personnel, G. Daumézon estimait comme essentiel que rien ne soit imposé à quiconque.

Les personnes étaient ensuite conviées, par le médecin, à une première réunion dont l'objectif, comme pour les autres réunions fréquemment nécessaires par la suite, était de faire évoluer le projet, c'est ainsi que l'on procéda, par exemple, pour la création d'un club sportif¹⁶⁰, qui fut l'un des premiers à se mettre en place à Fleury-les-Aubrais, juste après la guerre (Daumézon, 1949a).

L'important pour le médecin était alors de laisser se développer l'expérience et de ne pas intervenir de façon décisionnelle, même s'il en possédait effectivement et d'autant plus à l'époque, le pouvoir. Il devait juste être identifié comme étant le symbole et le référent d'une autorité de régulation, dans les cas rares où son intervention apparaissait comme devant être impérieuse.

¹⁶⁰ G. Daumézon précisa sa pensée en ce qui concernait cette activité : « Certes, il serait parfaitement satisfaisant de posséder, par exemple toute une gamme de techniques de rééducation motrice et de proposer à tel catatonique tel exercice, à tel artério-scléreux telles manœuvres. C'est un tout autre but que je recherche par la création dans un service ou dans un pavillon d'un groupe sportif. Les premiers contacts lors du démarrage, la constitution du groupe directeur, l'établissement de ses rapports avec les autres membres, la recherche du matériel nécessaire, son acquisition, grâce à des fonds souscrits ou empruntés, à travers les difficultés d'approvisionnement actuelles, l'aménagement des horaires et tous les compromis qu'il postule, le montage de quelques performances, la persévération dans l'effort, tous ces temps sont fertiles en conflits de toute sorte, où chacun s'engage en toute liberté, en toute sincérité. Ils sont pour les malades, pour le personnel qui y participe, des occasions de vivre ses propres difficultés. On voit combien mon ambition dépasse la simple « distraction » du malade, combien aussi elle est en deçà de ce qu'on pourrait attendre d'une organisation satisfaisante, disposant de moyens adéquats » (1948b, p.222).

Par exemple, ce qui se produisit, lorsque des dérapages verbaux risquaient de se produire, dans le contenu du journal de l'établissement.

Les inconvénients, les dysfonctionnements devaient pouvoir s'exprimer, seule la suggestion et le travail mené dans le groupe légitimaient en outre les modifications, qui étaient à un moment donné considérées comme utiles.

Il précisait :

« Les groupes sociaux ainsi créés sont à la base d'égalité absolue entre les membres ; leur existence postule, la négation de « l'aliénation » des malades. Mais, pour y être efficace le médecin doit – du moins c'est mon avis après 18 mois d'expérience – rester en dehors du groupe, non dans une position de chef mais de spectateur bienveillant, de commentateur externe. Moréno, dans son théâtre s'est ménagé une place à part, en dehors de la scène et du public » (1948b, p. 223).

Par ailleurs le conflit, s'il n'était pas recherché, avait également toute sa place dans le groupe et s'il était, selon G. Daumézon, masqué, nié, réduit à rien dans le précédent asile, il devait désormais pouvoir se révéler et s'exprimer.

Ce n'était donc pas un problème pour lui si la mise en œuvre de ces techniques de rééducation, qui se développeront plus tard dans le champ de la psychothérapie, faisait que l'on en passait par des crises, au contraire c'était là : « le signe du vivant, de l'évolution » : « Les relations, dira-t-il, qui s'établissent, les rôles que chacun adopte donnent l'occasion de transferts, soit complets, soit seulement ébauchés. Mais surtout le groupe créé est un élément d'identification « en laquelle » le malade vit des expériences de libération » (*Ibid.*, p. 224).

Très vite d'ailleurs il mettra en place, avec son équipe, ce qu'on appellera « un club thérapeutique¹⁶¹ envisagé sous une forme associative et à but non lucratif, conformément à la loi de 1901¹⁶² il sera fréquemment composé au niveau de l'organisation et de la gestion, de malades et de soignants.

¹⁶¹ Club est un mot anglais qui signifie cercle, rencontre. Les clubs thérapeutiques furent créés afin de lutter contre l'inaction, la solitude et un préjugé de dépendance envers les malades très fortement ancré dans les hôpitaux psychiatriques. Les ateliers qui relevaient de sa propre initiative et non de celle de l'établissement, étaient très centrés sur les activités de la vie quotidienne et l'organisation de tout ce qui pouvait contribuer à l'établissement et/ou au maintien d'un lien social. Faire partie d'un atelier de réalisations culinaires par exemple concourrait à la mise en œuvre véritable démarche pédagogique de participation à la vie sociale : choisir le menu, aller faire les courses compte tenu d'un budget, faire la cuisine et se répartir le travail, mettre la table, partager de façon conviviale un moment « d'être ensemble » où la parole avait une place essentielle, ranger, faire la vaisselle, prendre un café et préparer une recette pour le journal du service ou de l'établissement éventuellement. L'apprentissage était au cœur des démarches entreprises et celles-ci permettaient en outre aux soignants de découvrir différemment le malade, dans la sphère du vivant et non de son statut, et d'imaginer des approches soignantes plus singulières. Des comités hospitaliers virent le jour qui regroupèrent de nombreuses associations hospitalières, érigées à partir de la forme d'un club thérapeutique, tel le Comité des Croix-Marine constitué officiellement en 1952.

¹⁶² La loi du 1^{er} juillet 1901, complétée par le Décret du 16 Août 1901, est relative au contrat d'association et permet la création d'associations à but non lucratif. Parfois le bureau de l'association, forme juridique du club thérapeutique, ainsi créée ne comprendra que des patients, qui en assumeront aussi la présidence, la trésorerie et le secrétariat (Oury, 1976 ;

Espace de rencontres et d'échanges privilégiés il interviendra dans l'organisation et le développement du travail thérapeutique en permettant, par exemple, que l'argent gagné par la mise en place d'une activité puisse servir à financer d'autres activités, des voyages, etc.

On remarquera ici l'importance qu'occupait dans sa démarche l'esprit de coopération, presque de partenariat entre les soignés et les soignants, ainsi par exemple le matériel nécessaire à ces activités n'était pas fourni d'emblée car, selon lui, il fallait laisser libre place à la débrouillardise dans le groupe et à l'imagination, pour trouver des solutions et ne solliciter l'administration qu'en dernier recours. Il fallait en fait apprendre à être dans « la vraie vie sociale », où il ne suffit pas de demander pour obtenir.

Le médecin était donc bien en périphérie et non à la tête des projets d'activités, c'était d'ailleurs six des infirmiers de son service, qu'il avait autorisé à partir en stage à l'extérieur de l'établissement, qui avaient initié, à partir d'expériences qu'ils y avaient faites, les premiers projets d'activités entrepris à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais. Il disait non sans un certain humour : « Une nouvelle structure sociale du pavillon et bientôt de l'asile est née du jour où est entré un brin de raphia, apporté presque en cachette par un infirmier tremblant de se voir arracher ce moyen de suicide, qu'il introduisait dans l'asile » (cité par Arveiller & Bonnet, 1991, p.74).

Et il ajoutait :

« Ce ne sont ni les médecins ni le directeur qui ont été à l'initiative de ces projets qui sont devenus effectifs. C'est avec leur argent (celui des infirmiers) et celui des malades qu'ils ont acheté les premiers matériels. Eux qui ont conçu les premiers ateliers d'outillage, la première fête de Noël, le journal d'établissement, les journaux muraux, la société sportive, les bals, les fêtes de pavillon, divers concours [...] Le médecin n'est intervenu que pour autoriser, pour conseiller, et, dans les réunions, pour indiquer dans les conflits les mécanismes plus ou moins conscients qui pouvaient les rendre si aigus voire insolubles » (1948b, p.224).

Suplignea, 2007). L'Arrêté du 4 février 1958, précisa l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques et la Circulaire du 4 Février 1958 déterminera la nature des travaux (en régie, à façon) effectués dans les services médicaux et les règles relatives à l'attribution du « pécule » (somme d'argent remise au malade pour son « travail »). L'article 93 de la loi du 4 Mars 2002 rappellera la nature médicale des activités proposées aux malades. On peut lire sur ce sujet : Rappart, P. (1955) : *Psychopathologie et clubs thérapeutiques* ; Hartmann, M. (1981) : *L'organisation des loisirs thérapeutiques dans un service de psychothérapie institutionnelle*.

Encart N°6 : La question des activités évoquée par un infirmier ayant fait ses débuts professionnels en 1963 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« Je pense que c'est comme nous à la limite (l'importance de l'activité). Si on se regarde un petit peu, on ne peut pas rester inactifs sinon on ne va pas bien, on a un souci, inévitablement. Tu ne peux pas te lever le matin, rester assis sur ta chaise toute la journée, ou alors tu as une pathologie très lourde, un handicap physique très lourd et encore même ceux qui ont un handicap très lourds ils cherchent quelque chose qui va les sortir de leur quotidien, et je pense que ça c'est important.

Et chez les frères il y avait des activités, vivant en « autocratie » ils n'allaient pas chercher du personnel ailleurs, il fallait que les gens soient correctement tenus, que la culture soit faite, ramasser les pommes de terre etc. Ils vivaient là-dessus à la limite comme n'importe quel fermier qui a une ferme et bien il en va ainsi, il ne peut pas rester à attendre que les légumes poussent.

Et je pense que l'activité elle est en soi et ça coule de source. N'importe quel individu sain a besoin d'une activité, quelle qu'elle soit, intellectuelle, sportive... On a besoin de faire marcher notre machine. Le corps est une machine, et donc il nous le rend bien.

Moi je pense que faut pas avoir fait des grandes études pour le savoir, que c'était inné chez la personne, chez chaque personne c'est inné qu'on a besoin d'une activité. Et qu'on fasse ça à une plus grande échelle pour les pathologies mentales ça peut paraître pour celui qui ne connaît pas les pathologies, les handicaps psychiques comme on les appelle aujourd'hui, ça peut leur paraître bizarre, comment ça se fait qu'on les emmène faire des activités ?

Alors ce qui était un peu déroutant c'était qu'ils avaient un pécule, on les payait et ça, beaucoup se posaient des questions, ils disaient je suis malade, je viens me faire hospitaliser, et en plus je travaille et on me donne des sous.

Et on avait des sous et du tabac parce qu'à cette époque tous les 5 jours ils avaient un paquet de cigarettes. Ils avaient aussi du papier à lettre et une enveloppe pour écrire à la famille, pour ceux qui savaient écrire d'ailleurs.

Alors (d'abord) c'était l'activité physique pas culturelle. La culture elle est venue après. Lorsqu'on a commencé à créer des ateliers de peinture, d'alphabétisation, etc. Je pense qu'on a estimé que ce temps-là pouvait être perdu et au lieu de le perdre bêtement dans les rêveries on pouvait l'utiliser à découvrir autre chose, de sa personnalité aussi.

Moi je suis toujours ébloui, et toujours ahuri de voir la qualité des gens, la qualité artistique que certains ont et ils la mettent vraiment en sourdine ou alors ils n'osent pas s'exprimer.

T'as un mec qui fait des poèmes...qu'il puisse les déclamer... sans être trop délirant, et même si c'est délirant c'est pas le problème, il a écrit, il a pris du temps pour écrire, sur sa vision à lui d'une certaine situation, sur la mort, sur sa mère, sur sa famille...

Je pense que c'est vachement riche, que c'est un potentiel qu'il ne faut pas gâcher, qu'il faut amener à ce que la personne puisse s'exprimer, s'exprimer aux autres et ça c'est pas toujours évident. Même des gens qui n'ont pas de pathologies mentales, on va dire, ont du mal à parler devant 600 ou 700 personnes, ou même déjà en groupe. La timidité elle est là, on n'ose pas se dévoiler... et eux en spectacle finissent par le faire.

C'était un projet global et collectif. L'activité, l'ergothérapie, etc. il fallait que les gens bougent, que les gens ne restent pas confinés dans le service. Je pense que quelque part c'est aussi important.

J'ai vu d'autres réflexions où il fallait que le malade reste dans sa chambre pour réfléchir à sa pathologie. Moi je veux bien mais comment est-ce que dans sa chambre toute une journée il peut réfléchir à sa pathologie, s'il n'a pas un éclairage extérieur ou quelqu'un qui vient lui apporter une aide ».

2-3-2. Les dimensions socialisantes et thérapeutiques des activités

G. Daumézon, avec ses collègues S. Follin et L. Bonnafé, estimait, puisque c'était les facteurs du milieu ainsi que les situations et l'altération des relations vécues qui contribuaient à l'aliénation de l'individu, que l'action thérapeutique devrait porter sur l'émergence de ce qui faisait problème, ou conflit, interhumains et il postulait que cela pouvait se réaliser dans des contextes concrets, que la mise en place d'activités collectives rendait possible.

Il pensa toujours en outre, que le travail était une organisation sociale, qui se structurait par les échanges qui s'y déroulaient et que l'activité n'était pas seulement, ce qui était produit, mais ce qui émanait du sujet et de sa subjectivité (Daumézon, 1951).

Il émettra même l'hypothèse, comme F. Tosquelles, que les troubles de la socialisation étaient des activités saturées de relations sociales perturbées et fera partie des quelques psychiatres, qui s'intéressant aux potentialités thérapeutiques de l'activité, mais aussi aux troubles qui peuvent y être afférents, seront à l'origine de la naissance de la psychopathologie du travail.

Dans ce contexte toutefois et à l'instar de J. Dewey, qu'il prendra explicitement en référence à plusieurs reprises, il considéra que ces activités ne devaient pas être imposées et se limiter aux objectifs qui avaient été fixés, afin de ne pas mélanger la fin et le moyen de l'action entreprise, J. Dewey qui en disait :

« La dimension des moyens, à cet égard, n'est pas neutre relativement à celle des fins. En trouvant certains moyens à notre disposition, nous découvrons des fins dont nous n'avions même pas conscience auparavant. Les moyens ne spécifient donc pas seulement les fins, ils élargissent aussi le champ des fins assignables [...] ce qui intéresse, ce n'est pas le culte des valeurs et la poursuite des fins assignées, mais la participation pragmatique de l'individu à l'agir collectif, où toutes les valeurs et toutes les fins peuvent devenir un objet de réflexion et de discussion » ([1916], 1990, p.268).

Ces considérations inciteront G. Daumézon (1948a, 1958b), dans le prolongement de la pensée qui vient d'être évoquée, à créer le maximum de situations, sous la forme d'activités, qui pourraient se prêter à une participation pragmatique de l'individu à l'agir collectif, mais sans préjuger à l'avance toutefois, de tous les objectifs que cela permettrait d'atteindre, parce qu'en la circonstance rien ne pouvait être totalement déterminé à l'avance.

On remarquera enfin que G. Daumézon envisageait de prendre le malade dans sa réalité humaine d'être social et qu'il s'attachait à solliciter cette dimension, en créant des situations, par la médiation d'activités, qui étaient propices à son activation.

Très vite d'ailleurs cette sphère, de l'espace social du possible, sera ouverte à l'extérieur des murs de l'hôpital psychiatrique, ce dernier ne devant pas être une enclave sociale.

2-3-3. Les principales réalisations entreprises

2-3-3-1. Introduction

G. Daumézon exposera de façon synthétique, nous en avons fait état précédemment, certaines des principales réalisations qui pouvaient être entreprises au niveau institutionnel, sans esprit d'exhaustivité, dans un texte fondateur *Les initiatives collectives dirigées, formes de psychothérapies collectives*, publié en 1948.

Dans cet ensemble nous évoquerons d'abord la situation du travail, puisqu'elle apparût historiquement comme la première et parce que c'est celle qui permettra d'aborder sur le fond la conception de G. Daumézon, en ce qui concerne les notions d'action, d'activité, d'éducation et de rééducation.

Cette conception se retrouvera dans l'ensemble des activités, qui seront mises en place dans l'établissement où il exerça jusqu'en 1951, ce qui le conduira à envisager, en véritable précurseur en la matière, la nécessité de créer ce qu'il l'appellera « une clinique de l'activité ».

De la même façon, au niveau pédagogique et formatif, cela déterminera l'orientation qui sera la sienne, de se situer dans le champ des pédagogies actives¹⁶³.

Pour aborder cet ensemble conceptuel nous retiendrons plus particulièrement en dehors de la situation du travail et de son expression dans divers ateliers, la mise en place

¹⁶³ Selon J. Chazaud, P. Sivadon tentera lui aussi de faire la démonstration que l'usage de méthodes actives est efficace et qu'il convient également de réfléchir à un autre fondement de la clinique psychiatrique : « Il se propose de démontrer aux économistes la « rentabilité » réelle des méthodes actives contre les impasses de l'exploitation asilaire. Aussi récuse-t-il, pour son expérience, la sélection diagnostique. La gamme de population soignée s'étend entre la névrose et la démence. Toutefois il refuse les transferts hors du service de patients en cours d'hospitalisation. Dans ces conditions, la chronicité s'abaisse à 7% chez des patients pourtant soumis à des placements légaux, les plus rares « services libres » sont accueillis en pavillon réputé ouvert, mais organisé sur le modèle commun » (1978, p.42).

d'un journal au sein de l'établissement. Ces activités nous semblaient en effet syncrétiques et caractéristiques des démarches entreprises par G. Daumézon et l'équipe de soins qui travaillait avec lui, précision qu'il ne manquait jamais d'apporter. Elles ont été aussi été retenues, car propices à mettre en perspectives les liens qu'il pouvait y avoir avec l'éducation.

2-3-3-2. L'activité travail et l'interpellation de l'éducation

Au sortir de la guerre, G. Daumézon avait depuis longtemps à l'esprit, et il les évoquait volontiers, les travaux anciens et rares en la matière, mais qu'il connaissait bien, de J. Fournet (1854) qui cherchait à rapprocher psychothérapie et éducation et de C. Bouchet (1848) qui prônait la collectivisation de la vie sociale par le travail et l'interpellation de la fonction de socialisation de l'éducation.

Il constatait néanmoins et surtout un vide de plusieurs dizaines d'années sur le sujet, hormis quelques expériences dispersées, comme par exemple la démarche de J-P. Falret sur l'implantation de l'école à l'asile, que nous avons relatée.

S'il n'ignorait pas enfin les travaux conséquents par exemple de P. Sérieux (1903) à propos de la dimension rééducative du travail¹⁶⁴, il datera à 1929, la renaissance du travail thérapeutique et éducatif dans les hôpitaux psychiatriques.

Car pour lui, c'est l'allemand H. Simon qui en était à l'origine, le même dont F. Tosquelles emmènera l'un des livres : *L'expérience de Guttersloch*, lorsqu'il partit exercer à l'hôpital psychiatrique de St Alban en 1941, l'autre étant la thèse de J. Lacan.

G. Daumézon s'en inspira explicitement, lors de la mise en place d'ateliers de travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais, où rappelons-le il avait été affecté comme Médecin Directeur en 1938.

Il s'en distinguera également, car il trouvait que chez H. Simon : « la psychothérapie est rapprochée d'une éducation dont la conception est essentiellement réflexologique » (Daumézon, 1948a, p.67).

¹⁶⁴ On peut aussi citer les travaux de : Ladame, C., & Demay, G. *La thérapeutique des maladies mentales par le travail*, en 1926 ; Legrain, D-M., & Demay, G. *Le travail des aliénés convalescents*, en 1926, dans l'aliéniste Français et de Halberstadt, G. *A propos de l'ergothérapie*, en 1929.

On remarquera que cette conception de l'éducation par H. Simon, telle qu'elle était perçue par G. Daumézon, ne se distinguait pas pour autant de celle généralement répandue à l'époque dans l'éducation dispensée aux enfants lors de leur scolarité et que l'on appliquait alors à l'identique aux malades mentaux (Simon, 1933 ; Daumézon, 1948a).

L'idée principale d'H. Simon était que la maladie mentale avait altérée les acquis sociaux, qu'une première éducation avait permise ;

Il était alors de la fonction de l'asile de contribuer par « l'action et l'école », car l'inaction était « débilite », à éduquer à nouveau la personne, pour qu'elle puisse bénéficier d'autres acquis sociaux.

M. Schiller s'en fera l'écho :

« A beaucoup de point de vue, le malade, justement parce qu'il a perdu les acquisitions de l'éducation, se rapproche par son comportement de l'enfant non éduqué [...] La thérapeutique par le travail correspond à une véritable rééducation elle aide à combattre toutes les mauvaises habitudes, les malpropretés de nos déments » (1928, p.378).

Ramené à ce qu'il pouvait en connaître et à ce qu'il avait pu en observer, G. Daumézon dressa d'abord un constat négatif, de l'existence et de l'utilisation des techniques de réadaptation à l'asile : « les techniques de réadaptation, bien que figurant théoriquement au nombre des objectifs du psychiatre, étaient à peu près impraticables (Daumézon, Koechlin, 1952, p.4).

Et cela malgré les injonctions réglementaires précisait-t-il, en citant comme exemple le règlement modèle des hôpitaux psychiatriques, promulgué en février 1938 et dont l'article 171 précisait qu'il fallait utiliser le travail comme moyen de traitement et de distraction du malade, ce qui n'était pas le cas¹⁶⁵.

Ce sera en fait majoritairement, juste l'occasion d'essayer de diminuer le coût des hospitalisations, en faisant travailler les malades au bénéfice de l'établissement.

Par ailleurs G. Daumézon considérait que le travail tel qu'il était proposé aux malades, était surtout devenu, nous l'avons déjà évoqué, un véritable moyen de leur normalisation.

¹⁶⁵ Selon F. Tosquelles le travail thérapeutique s'il vise à restaurer, entre autre, les possibilités du travail social, ne peut être conçu dans un cadre étroitement « opérant ». Il est pour J. Chazaud, de fait : « autre chose que le résultat ou le rendement du travail ; encore que ces derniers facteurs ne soient pas négligeables, mais subordonnés à l'intention thérapeutique » (1978, p.139). Il convient en effet de ne pas se limiter à la seule répétition de gestes suraliénants. On peut lire sur la question : Daumézon, G., Paumelle, P., & Tosquelles, F. (1955) : *Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique, ergothérapie, sociothérapie* et l'ouvrage de F. Tosquelles (1967) : *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*.

M. Zafiropoulos en décrit le mécanisme :

« Ce qui est ici mis en œuvre (par la façon dont le travail est mis en place) est une espèce de conditionnement opérant où la maîtrise pédagogique se déploie en une police des comportements [...] la spécificité étant le respect du système de règles qui est imposé [...] la normalisation est présentée comme légitimation ultime de ce conditionnement [...] le déplacement opéré ici est de taille puisqu'il permet de faire passer la discipline comme école de savoir vivre » (1981, p.205-206).

Néanmoins dans ce contexte sombre et morose, G. Daumézon distinguait dans certaines tentatives, nous l'avons constaté, des espoirs en matière de possibilités thérapeutiques et surtout dans cette perspective, il avait accordé dès ses débuts professionnels, une place importante à la rééducation.

Ce faisant la question de savoir ce qu'il en est de la différence éventuelle entre l'éducation ou de la rééducation se posa pour G. Daumézon, comme elle se posera, selon L. Maury (1988), pour A. Makarenko, dont elle prend plus particulièrement l'exemple.

Elle précise : « Il faut bien reconnaître qu'il n'existe pas de critère décisif (pour différencier l'éducation de la rééducation), pas plus qu'il n'existe de limite définie entre « le normal et l'anormal ». On peut penser à la rigueur, que l'éducation - qui est toujours morale - a pour lieu la famille » (1988, p.114).

Dans ce cas G. Daumézon, comme A. Makarenko, n'aurait fait que de la rééducation, sauf que tous deux postulaient qu'il fallait bien envisager de parler d'éducation, lorsqu'en première intention, la famille avait été défaillante à cet égard.

Le travail comme nous venons de le préciser fut donc le premier sujet de réflexion, d'investigation et de mobilisation auquel G. Daumézon (1948d, 1952c, 1960) s'attacha, car ce qu'il reprochait le plus à l'asile, c'était d'avoir détourné, pour son propre bénéfice économique, le travail que les malades auraient dû normalement y réaliser pour des raisons thérapeutiques.

Alors, comme des effets de castes, de privilèges et de dépendances, s'étaient établis dans cet asile autour des accomplissements du travail et que plus les malades étaient « de bons malades productifs » plus ils recevaient, ce que l'on appelle un « pécule » c'est-à-dire une

rémunération¹⁶⁶, G. Daumézon pris comme première décision, de mettre fin à ce système de rétribution individuelle. Les objectifs désormais à atteindre ne seront d'ailleurs plus fixés de façon individuelle, mais collective.

En outre pour éviter d'emblée que « l'activité-travail » ne soit à nouveau dénaturée au profit de l'institution, c'est par niveau et progressivement qu'elle sera proposée aux malades et non plus compte tenu de la rentabilité potentielle et optimale du « marché ».

C'était aussi pour lui l'occasion d'affirmer la position, que c'était dans et par les relations sociales que se vivait et s'exprimait la maladie. Ainsi et très rapidement se forgea chez G. Daumézon l'opinion qu'il fallait traiter collectivement cette maladie au sein d'un groupe de travail où les symptômes pourraient s'exprimer.

Il partit en cela du principe, qu'à côté de ce qui était relatif à la maladie, on relevait également chez l'individu malade des effets périphériques : agressivité, inhibition, stéréotypie, qui étaient grandement conditionnés par l'environnement, interpellant et affectant de ce fait la dimension sociale de l'individu.

G. Daumézon (1939), qui évoqua la notion de « médication sociale » postula dès lors comme H. Simon que : « l'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapeutique pour obtenir la guérison du symptôme » (cité par Giffard, 2009, p.2).

L'un des principaux textes où G. Daumézon reviendra sur les fondements de sa démarche concernant l'utilisation du travail en psychiatrie, sera celui qu'il élaborera avec P. Koechlin et qui portera le titre de *La psychothérapie institutionnelle française contemporaine* (1952e).

On y trouvera l'hypothèse pour lui centrale que tous : soignés et soignants, devaient être réunis dans des « activités pratico-pratiques », par exemple nous dit-il : « la culture maraîchère, la couture, la buanderie, le repassage, l'entretien du bâtiment et du mobilier... » ([1952d] 2010, p.222).

¹⁶⁶ On peut lire à cet égard Racine, Y. (1967). *Argent et échange à l'hôpital psychiatrique* ; Polack, J-C. et al (1963) : *Le travail et la rémunération des malades à l'hôpital psychiatrique* ; Arveiller, J-P., & Bonnet, C. (1989) : *Travail et argent dans un service de centre hospitalier spécialisé : à propos d'une enquête réalisée auprès des patients*.

En fait il s'agissait d'activités qui relevaient du quotidien et il ajoutait, comme nous l'avons déjà évoqué, que la mise en place d'activités de cette nature fut facilitée parce que la guerre avait profondément modifié dans les établissements psychiatriques, les relations entre les soignés et les soignants.

Il en avait déduit qu'il fallait désormais briser les relations de dépendance, typiques des processus d'aliénation dont l'asile s'était fait une spécialité, en faisant reposer sa structure sur un système de castes et de hiérarchie distribuant récompenses et sanctions.

Il fera de la même façon le constat de l'impossibilité de traiter par des thérapies individuelles les problématiques de soins qui se posaient à lui :

« Dans un premier temps dira-t-il, j'avais pu penser que la présence du psychothérapeute pouvait déplacer les problèmes sur lui seul. A propos du sujet névrotique, les problèmes semblaient se scinder en une dichotomie schématique : au médecin et au service la réalité, au psychothérapeute la vie fantasmatique [...] En fait, l'expérience a très vite prouvé que le malade récusait cette dichotomie, que la psychothérapie ne pouvait être enfermée dans les limites étroites du colloque avec l'analyste. Qu'on le veuille ou non le service tout entier, personnel et matériel, est utilisé par le malade comme moyen de communication avec le thérapeute. [...] C'est alors que m'apparaît la supériorité pratique, la nécessité dirai-je même, de la médiation par l'institution thérapeutique » (Daumézon, 1958a, p.381).

Il s'était donc imposé à lui, à l'instar à nouveau d'un A. Makarenko, puis d'un C. Freinet, la nécessité première de considérer le groupe comme un médiateur, rendant possible la rencontre de postures singulières, qui pouvaient ainsi accéder à la socialisation par la réalisation d'un travail collectif, s'établissant et s'élaborant dans un espace vivant et institué.

Nous sommes là dans l'esprit de ce qu'avancera G. Mialaret, lorsqu'il mettra en avant que nous sommes à la fois : « un individu et le membre d'un groupe, on se développe dans et par rapport à un groupe et il y a en cela toujours la nécessité d'une formation sociale » (1964, p.144).

Par ailleurs si G. Daumézon considéra d'abord le travail en lui-même comme un vecteur thérapeutique et éducatif potentiel et déterminant, il élargira ensuite cette possibilité à la situation de travail en elle-même. Il évoquait alors, pour cette raison, la nécessité qu'il y aurait à fonder désormais, une véritable clinique de l'activité afin de rompre définitivement et radicalement avec les pratiques usuelles en psychiatrie, fondées sur une clinique nosographique et sémiologique selon lui obsolète.

Dans la période précédente (avant-guerre) c'était le travail en lui-même, écrivent J-P. Arveiller et C. Bonnet, qui était considéré comme éducatif et curatif, juste après la guerre c'est la situation de travail qui le sera, c'est ce que l'on appellera l'ergothérapie : « ce sera un échange réciproque matérialisé (et) ce n'est pas l'activité à elle seule qui est thérapeutique, c'est le contexte qui l'entoure » (1991, p.63).

G. Daumézon maximisera rapidement la fonction rééducative du travail, en se distinguant en cela de ses principaux collègues, mais pour ensuite se rapprocher des positions sur la question de P. Sivadon, qui est sans doute le psychiatre ayant le plus étudié les fonctions thérapeutiques qui pouvaient s'envisager par et grâce à l'action éducative du travail, il précisait :

« D'autres et nous sommes de ceux-ci, souhaiteraient une multiplication et une diversification des organismes de soins, basés non sur une spécialisation diagnostique ou thérapeutique, mais sur les potentialités adaptatives du malade, chaque type d'organisme visant à réinsérer au niveau qui lui convient » (Sivadon, 1952, p.333).

C'est bien d'éducation dont il s'agissait ici, par et grâce au travail, G. Daumézon ajoutait :

« Marsh posait, dans cette perspective, ses affirmations : « l'institution pour malades mentaux devrait être conçue plutôt comme une école que comme un hôpital », le malade mental doit être regardé non comme un malade mais comme un étudiant, un écolier (*student*) » (1948a, p.68).

Il retiendra donc, pour les inscrire dans une véritable démarche éducative, trois types de fonctions au travail et compte tenu des activités que les malades réalisaient alternativement et chronologiquement, selon leurs capacités et les altérations résultant de leur état psychique.

Il s'agissait en premier lieu d'un travail « d'accrochage », adapté à l'état du malade, établissant à nouveau un contact avec le concret, pour se différencier du phantasme ou de l'irréalité, fréquemment liés à la pathologie.

Puis le travail devait devenir physiquement et intellectuellement « mobilisateur et communautaire », afin de ne pas être que répétition et stéréotypie, tout en inscrivant le malade dans un tissu relationnel socialisant :

« Je pense, disait-il, qu'on peut parler de travail pour toute activité modificatrice du monde et les premières manifestations de cet ordre que nous rencontrons sont, sans doute, le pétrissage et le malaxage des enfants. Au cours de l'évolution, la différenciation aboutit à la réalisation d'objets eux-mêmes à leur tour objet d'échange, et par la voie de ces échanges le sujet intègre un monde toujours

plus étendu ; de telle sorte que je pose l'hypothèse que par son travail, à travers son travail, le sujet acquiert tous les modes de socialisation jusqu'au plus étendus [...] la tâche du psychiatre consiste (alors) à étudier les divers stades de l'activité de « contact modificateur » avec le monde » (Daumézon, 1952c, p.574).

Enfin le travail devait être « productif » et aussi proche que possible de l'activité normale, en vue de la réinsertion sociale, car la finalité de la prise en charge n'était pas l'adaptation au maintien dans l'institution hospitalière, mais de retourner vivre dans la société, qui lui est extérieure.

G. Daumézon prendra précisément l'exemple de certaines démarches entreprises :

« Dans ces diverses tâches, dont il conviendrait de décrire le détail, dont il faudrait dire les efforts de découverte, de mise au point, nous nous sommes efforcés de sérier les activités, de façon à fixer à chacun une progression à gravir : dans le raphia, faire une tresse de plus en plus régulière, fine et serrée ou encore recouvrir de raphia un disque de carton, puis fabriquer des objets de plus en plus délicats, du chausson grossier ou de la semelle toute simple, aux dentelles assemblées faisant l'empaigne de chausson fantaisie, aux sacs ouvragés » (1948c, p.8).

Des démarches construites reposant sur un apprentissage individualisé et progressif étaient ensuite proposées :

« Nous pensons que, lorsque seront développées et installées les diverses formes de travail des malades, lorsque seront systématisées les activités de loisirs, il devrait être possible de fournir à chaque malade, dès la fin d'une période d'observation, une fiche lui prescrivant un régime de vie au même titre que sont prescrits les médicaments ; telle activité de travail lui serait assignée avec un programme de progrès à accomplir, telles activités de loisirs, telles responsabilités dans la vie collective ; Ces éléments pouvant fournir les éléments d'un diagramme, véritable feuille de température sociale de chaque sujet » (*Ibid.*, p.12).

Les avantages constatés par G. Daumézon étaient les suivants : la création d'une ambiance générale plus sereine, ayant de fait un effet positif, calmant, source de plus de sérénité, une sorte de thérapie passive disait-il pour ceux qui en bénéficiaient.

On constatait aussi une meilleure socialisation des malades « chroniques », ce que l'on ne pensait pas possible et qu'ils étaient plus détendus, participant davantage aux activités collectives proposées, enfin il y avait selon lui des « cas cliniques » pour qui cela s'était traduit par une sortie définitive dans l'année.

Ces activités se déroulant au sein même des pavillons, cela permettait également d'y réintroduire de l'animation, de la vie et de faire que de nouvelles relations puissent s'y instaurer, entre les malades, mais aussi entre les malades et le personnel, qui s'y investissait d'autant plus.

Les difficultés furent surtout liées au manque de personnel et à son absence de formation, or mettait en avant G. Daumézon : « faut-il négliger l'intérêt suscité dans un personnel tout à coup promu rééducateur, alors qu'il était hier gardien » (*Ibid.*, p.5).

Sa réponse était claire : il faudrait proposer à ce personnel une formation longue et non pas allusive, mais aussi adaptée au travail qui était à réaliser, tout en se dispensant des vagues notions médicales précédemment inculquées.

Les tensions et les résistances d'une partie du personnel, même si elles n'étaient pas majoritaires, devaient être prises en compte et il fallait y trouver des solutions en améliorant les démarches entreprises tout en les expliquant avec persévérance.

Les habitudes, c'est un fait, étaient très établies et difficiles à transformer et cela était vrai non seulement pour les infirmiers, mais aussi pour l'encadrement, et les médecins (Daumézon, 1948c, 1952).

Il ne fallait toutefois et certainement pas être trop complexe ou compliqué dans le choix des activités de travail, qui ne manquaient pas et il prenait souvent en exemple celle qui se déroula à Fleury-les-Aubrais sous la forme, tout simplement, d'une équipe destinée à extraire d'une sablière abandonnée le sable nécessaire pour faire disparaître « le machefer triste et sale des cours ».

L'activité ne se limitant pas à elle-même mais à la situation dynamique et active dans et pour laquelle elle se réalisait.

A cet égard il faisait souvent référence à ce que J. Dewey avait développé en la circonstance, dans le champ de la pragmatique et qui était que ce qui devait primer, c'était l'activité, considérée en tant que processus contributif de transformation et non la nature de cette activité, il comparait ainsi pour le démontrer les notions de jeu et de travail :

« Le jeu et le travail disait-il sont tous deux libres et motivés de l'intérieur, sauf dans des conditions économiques artificielles qui tendent à faire du jeu un amusement pour les nantis et du travail un pénible labeur pour les autres. Psychologiquement, le travail est simplement une activité qui comprend consciemment comme partie intégrante d'elle-même la considération de ses conséquences ;

il devient travail forcé ou imposé quand les conséquences sont extérieures à l'activité, en guise de fin dont l'activité, n'est qu'un moyen » ([1916], 1990, p.268).

G. Daumézon en disait :

« On peut concevoir une école ou un hôpital psychiatrique où tout le monde s'affaire et où il se manifeste une sorte de bougeotte, sans qu'aucun malade ni aucun enfant ne mette en jeu aucune activité propre [...] le travail n'est donc pas qu'une production musculaire ou d'objet sémiologique » (1948b, p.241).

Il fallait plutôt le considérer comme un ensemble d'instruments concrets du réel, qui permettait de générer de l'expérience, dans le contexte d'une situation socialisée, sans que cette expérience ne soit entièrement déterminée à l'avance.

J. Oury précisera plus tard : « Il est d'expérience que le collectif institutionnel joue un rôle de tiers, qu'il soit régulateur, antagoniste ou externe, dans le processus de communication » (1976, p.207).

Selon lui, c'était ce collectif qui était le trait d'union de ce qui s'instituait entre les soignés et les soignants, tout en ayant une fonction diacritique¹⁶⁷ (Oury, 1986).

Pour Y. Clot (2009) qui fait ici référence à F. Tosquelles, s'il doit y avoir nécessairement une relation directe entre la personne et l'activité pour qu'il y ait efficience, c'est également le travail commun des malades et des soignants, qui était à l'origine de la dynamique institutionnelle des remises en question et de son évolution.

Dans un autre registre, avançait F. Tosquelles (1967) il fallait proposer, encore et toujours, la pratique du travail, qui permettait de se faire lui-même, en faisant avec les autres.

Toutefois il ne s'agissait pas soutenait G. Daumézon, en évoquant l'exemple de la réalisation symbolique¹⁶⁸ de M. Sechehaye (1947) et à l'inverse de ce que pensait J. Oury, d'une psychothérapie analytique relative au monde du phantasme du malade, qu'il convenait de prendre en compte, mais son activité concrète, grâce et par l'utilisation d'activités réelles dans le groupe¹⁶⁹.

Les premières et les principales de ces activités réelles pour G. Daumézon étant celles qui se réalisaient dans le quotidien et non dans des seules grilles de lecture nosographiques préétablies.

¹⁶⁷ Du grec *diacritikos* : apte à distinguer, à rendre distinct.

¹⁶⁸ M. Sechehaye avait mis au point une méthode de traitement de la schizophrénie, qui reposait sur une technique corporelle.

¹⁶⁹ On peut lire à cet égard : Daumézon, G. (1964) : *Essai de sémiologie de l'observation en groupe*.

2-3-3-3. *Le quotidien et la naissance envisagée d'une clinique de l'activité*

On remarquera d'abord que pour G. Daumézon la maladie mentale et en particulier celle qui se situait dans le registre de la psychose, était aussi liée et peut être même avant tout, à un trouble de la relation sociale, que le malade revivait dans sa vie quotidienne à l'hôpital, qu'elle qu'en soit la nature¹⁷⁰.

Pour lui la « voie royale » de la psychothérapie institutionnelle, qu'il mettra en place à Fleury-les-Aubrais de 1938 à 1951, sera donc celle de la prise en compte et de l'étude de la quotidienneté, pour que soit établie une véritable : « psychopathologie de la vie quotidienne » (Arveiller & Bonnet, 1991, p.87).

Le spectre de l'analyse du quotidien, sous l'angle d'une approche globale, est large puisque pour H. Lefebvre (1958, 1961, 1981), on ne peut sortir de l'espace social du quotidien, source potentielle d'aliénation, alors que à l'inverse pour M. Maffesoli, la vie quotidienne doit être considérée comme une espace de créativité et de résistance, à ce qui est aliénant et totalitaire (Carreto-Pasin, 2002).

G. Daumézon aurait sans doute partagé avec M. Maffesoli (1998), mais aussi avec M. de Certeau (1990) l'idée qu'il y avait « un double jeu de la réalité quotidienne », qui est à la fois faite d'une dimension apparente des rapports sociaux, mais également d'une dimension clandestine de certains de ces rapports.

Selon G. Daumézon, il en résultait qu'il ne devrait pas y avoir d'interprétation personnelle de la part du médecin envers le malade, mais dans et grâce aux activités les plus usuelles, une étude de sa part, des relations et des contacts concrets entre les malades et les infirmiers, mais aussi entre les malades eux-mêmes, on est proche ici de l'approche diacritique de J. Oury.

Cela concernera des activités, car pour G. Daumézon il s'agissait bien du quotidien des activités, comme le ménage et les tâches domestiques, mais aussi et tout autant, les réunions de groupe, du pavillon (1949b), les ateliers et par exemple : les rencontres du comité de rédaction du journal, les activités sportives également...

¹⁷⁰ On peut lire sur la question, Drogoul, F. (1987) : *A propos de la vie quotidienne en institution psychiatrique* ; Delion, P. (dir) et al. (2006) : *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*.

Comme l'évoquait F. Tosquelles (1967) à cet égard un « ballon » peut tout à fait façonner les liens du groupe, tous les entraîneurs sportifs le savent d'ailleurs.

A. Bauchet ajoutait :

« Du basket pratiqué à l'hôpital, le Dr Daumézon disait qu'il menait à l'apprentissage de la solidarité dans l'action [...] C'est par l'intermédiaire de ces équipes sportives pratiquant le football, le basket, le tennis de table, que l'hôpital vint à s'ouvrir sur l'extérieur. Des licences furent prises auprès de diverses fédérations et des matchs amicaux furent conclus avec des équipes locales à la grande satisfaction de tous les protagonistes » (1979, p.12).

Dans un article sur les objectifs et les effets du sport réalisé à l'hôpital psychiatrique, G. Daumézon précisait :

« C'est essentiellement le développement d'une vie d'équipe, d'un jeu de constantes associations, l'apprentissage de la solidarité dans l'action, qui doivent s'inscrire au bénéfice de la pratique du sport, non seulement chez les malades convalescents d'une atteinte psychique grave, mais aussi chez les nombreux inadaptés sociaux que recueille actuellement l'hôpital psychiatrique ».

Il donnait ensuite un exemple précis :

« B. 21ans, entre dans un état de stupeur, dont il sort difficilement au cours de thérapeutique de choc. Les symptômes schizophréniques abondent dans le tableau en particulier de graves troubles du cours de la pensée, une humeur morose et l'impossibilité de constat. Le garçon est amené sur le terrain de football et revêtu d'un semblant de tenue sportive. Il assiste sans intérêt aux premières phases du jeu puis, le ballon passant près de lui il s'en empare véritablement et, avant la fin de la partie, fait preuve de très réelles qualités de joueur pour retomber ensuite dans le même isolement lorsqu'on le ramène au pavillon. Nous apprenons alors qu'il s'agit d'un excellent joueur d'une équipe de sous-préfecture et nous le faisons participer à toutes les séances d'entraînement.

B. dès qu'il arrive sur le terrain, reprend vie et, en moins de 15 jours, c'est lui qui dirige l'équipe. Il y laissera d'ailleurs un souvenir ému, et lorsqu'il quittera l'établissement, parfaitement guéri, quelques semaines plus tard, nous pourrions affirmer, d'une part que son comportement primitif sur le terrain nous a été une indication séméiologique précise, d'autre part que son activité sportive a été un des facteurs essentiels de sa guérison. Sur un plan psychopathologique plus précis, nous apprendrons que l'orientation sportive est un des éléments d'équilibre d'une personnalité névrotique ancienne » (1945, p.445).

Il terminait :

« Les règles du savoir-vivre sportif...comportent une éducation du public presque aussi efficace que celle des joueurs. [...] Nous sommes à peu près tous persuadés de la nécessité d'une activité rééducative et psychothérapique à l'hôpital psychiatrique. L'indigence de nos effectifs et l'absence de formation spécialisée de notre personnel, nous interdisent la plupart du temps de réaliser ces ambitions » (*Ibid.*, p.448).

On peut donc, sans psychothérapie recherchée, avoir une action rééducative efficace et des effets psychiques qui soient positifs.

Il en allait de même, selon G. Daumézon, en ce qui concernait la mise en place d'autres activités, comme par exemple : la danse folklorique et la chorale, qui après leur création allèrent se produire à l'extérieur de l'établissement.

Pour lui l'établissement, mais aussi l'étude de ces relations, étaient d'une importance décisive pour soigner et étaient l'instrument essentiel des médecins, qui en repéraient et en analysaient la nature¹⁷¹.

Il ajoutait dans une perspective résolument innovante :

« Il convient d'annexer à la vieille recherche clinique¹⁷² et si j'étais parfaitement sincère je dirais sans doute de substituer à elle, une clinique de l'activité. Il ne s'agit plus de rechercher des signes d'aliénation, il s'agit essentiellement d'étudier de façon dynamique au cours de conduites ayant elles-mêmes un dynamisme curateur, le comportement des sujets confiés à nos soins...La psychiatrie infantile nous a démontré que telle activité nous apprenait davantage sur la personnalité que tous les examens que le psychiatre pouvait faire assis derrière sa table. Notre clinique psychiatrique en matière d'adultes doit s'inspirer de ces résultats » (Daumézon cité par Arveiller & Bonnet, 1991, p.63).

G. Daumézon avait d'ailleurs déjà développé l'idée de la refondation d'une clinique, qui reposerait sur l'activité, lors d'une conférence donnée à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, en 1948.

Il y précisa que, depuis 1939, les médecins s'occupaient surtout de faire un inventaire aussi précis que possible des troubles de la personne, pour les classer dans une clinique « héritée du XIX^e siècle ».

¹⁷¹ On peut lire sur ce point : Benoit, G., & Daumézon, G. (1957) : *Réflexion sur la sémiologie psychiatrique*.

¹⁷² Voir sur ce thème : Lanteri-Laura, G. (1982) : *La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie*.

C'était une erreur selon lui et plus tard il citera en référence P. Sivadon, avec lequel il partageait cette conviction :

« D'autres et nous sommes de ceux-ci, souhaiteraient une multiplication et une diversification des organismes de soins, basés non sur une spécialisation diagnostique ou thérapeutique, mais sur les potentialités adaptatives du malade, chaque type d'organisme visant à réinsérer au niveau qui lui convient » (1952c, p.330).

Dès lors et il contribua à leurs mises en place, les fêtes, les kermesses, les divers sports d'équipe, le journal de l'hôpital ... devaient permettre, par leur approche clinique, la révélation d'aptitudes nouvelles et inattendues, qui elles-mêmes contribueront à la réduction de certains symptômes¹⁷³.

A l'évidence, G. Daumézon percevra aussi immédiatement que le fait de travailler en groupe crée des tensions et tout comme J. Oury et F. Tosquelles, entre autres, il pensa que cela favorisait ainsi, la nécessaire émergence du conflit et si on voulait contribuer à sa résolution il convenait, ni de le nier, ni de le gommer, comme on le faisait précédemment, mais d'en faire à son tour l'objet d'un travail¹⁷⁴.

C'était donc un bénéfice notable et utile pour le malade, que cette situation permettait, lorsque ces tensions étaient prises en compte, explicitées et qu'ainsi elles prenaient sens.

L'activité, considérée comme l'opportunité d'une médiation féconde au niveau de la relation et des modalités de son expression, était donc principale, mais elle devait également se compléter au niveau institutionnel des moyens et des formes, qui en autoriseront justement l'expression et la réappropriation.

C'était le rôle de l'échange, ainsi que la place et la fonction de la parole, qui devaient permettre le développement de ces démarches collaboratives et collectives, aussi pour en attester, avons-nous retenu le cas de la mise en place d'un journal à Fleury-les-Aubrais par G. Daumézon.

¹⁷³ Selon G. Daumézon : « Loin d'être forclosée dans le collectif, la relation individuelle tend d'abord à s'y multiplier, à s'y qualifier, à s'y différencier par la généralisation des « transferts latéraux » ; sans que cela interdise des focalisations avec tel ou tel membre surinvesti de personnel infirmier ou d'encadrement. L'exploration des systèmes relationnels est multipliée grâce à la vision directe des déplacements énergétiques et symboliques dans le groupe. On peut y étudier idéalement l'écart de la réaction à la projection ». (cité par Chazaud, 1978, p.200).

¹⁷⁴ G. Daumézon écrit : « J'ai montré, dans deux observations publiées à la précédente séance clinique de la Société, comment, dans des cas privilégiés, certains sujets trouvaient dans ces initiatives l'occasion de la liquidation de leurs conflits, la possibilité de franchir un pas dans leur évolution affective » (1948b, p.224), S. Follin complétant : « Je crois également que les conflits que peut avoir le groupe, les difficultés qu'il doit surmonter *par lui-même* (italiques par l'auteur), ont une valeur psychothérapeutique considérable (*Ibid.*, p.225).

Encart N°7 : Une infirmière exerçant depuis 1976 en psychiatrie, témoigne de l'importance que pouvait prendre l'activité sportive dans la prise en charge des malades (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

Je les ai découvertes (les activités sportives) tout de suite en arrivant à l'hôpital (en 1976) et en étant élève infirmière parce que quand je suis arrivée à l'hôpital il y avait l'association et dans cette association il y avait des équipes de sports qui disputaient des championnats inter-hospitaliers dans toute la France [...] donc ils m'ont demandé si je voulais faire partie de l'équipe, j'ai dit oui [...].

J'avais l'impression, enfin ce n'était pas une impression, que la prise en soin était plus efficiente parce que le patient déjà te voit autrement, tu n'as plus une blouse, et ça permet une relation, [...] de faire verbaliser le patient, c'est un support du soin, c'est vrai qu'à travers l'activité le patient verbalise beaucoup.

(Il faut) réapprendre au patient justement la notion d'équipe, de respect, les règles. Et justement pendant une dizaine d'années j'ai été attachée aux activités et tous les patients ils me disaient : « Ben tu n'es plus infirmière maintenant tu es notre prof de sports », ils ne pouvaient pas faire le lien : elle est encore infirmière mais elle est au sport, non. Et les échanges ont été encore plus riches avec eux, ils arrivaient mieux à verbaliser (parce qu'il n'y avait pas) le barrage de la blouse blanche [...].

Je me suis aperçue... que c'était un soin à part entière parce que je connaissais bien les patients, pour que ce soit un soin il faut que tu connaisses le projet du patient, donc moi je le connaissais parce que c'était tous des patients de l'intra (hospitalier).

On avait 3 services en intra et sur l'extra hospitalier je travaillais aussi avec des gens qui étaient sortis, et donc je voyais les évolutions.

L'objectif c'était que le patient arrive à se réinsérer grâce à toutes les activités. Il y a beaucoup de patients qui se sont réinsérés dans la vie sociale, dans les clubs et qui ont pu vivre à l'extérieur, bien sûr avec leur pathologie, avec un accompagnement, et qui n'aurait peut-être pas pu l'être (sans le) sport. Et c'est vrai que j'ai plusieurs exemples de patients comme ça qui sont sortis mais vraiment grâce aux activités qu'ils ont pu faire pendant leur séjour à l'hôpital [...].

Ils ont été acteurs de leurs soins, parce qu'au niveau des activités c'est le patient... bon d'abord il faut qu'il adhère parce que sinon ça sert à rien, et puis ils ont été totalement acteurs dans leurs soins. Et grâce à ça ils ont pu retourner chez eux et même pour certains reprendre un travail. C'est vrai que par rapport au patient on ne part que du positif, de ce qu'ils savent faire, de leur potentiel et donc déjà il y a une réelle assurance et ils ont (alors) envie de faire ».

2-3-3-4. La particularité de la mise en place d'un journal

F. Tosquelles émettait l'avis, que partageait pleinement G. Daumézon, que le journal d'établissement était la pièce maîtresse de la psychothérapie institutionnelle :

« Il est le support qui fait le lien entre les différentes activités de la journée [...] Le déroulement du temps tient, parce qu'il est raconté, écrit, mais certainement aussi parce que cette élaboration est publique et collective, donc fiable » (cité par Lecoutay, 2002, p.50).

G. Daumézon, en compagnie de trois de ses collègues fit à cet égard une communication à la Société Médico-Psychologique¹⁷⁵ dont le titre était : *Le journal de l'hôpital psychiatrique, instrument de psychothérapie collective* (Benoiston, Calvet, Daumézon, & Schmits, 1948).

Il faut dire que, dès Avril 1947, G. Daumézon innovant complètement en la matière, contribua à la mise en place de l'un des premiers journaux créé dans un hôpital psychiatrique : *L'écho des Bruyères* et que de la même façon, il participa dans le même établissement, à la création de l'un des premiers journaux parlés (1950).

Aux dires mêmes de G. Daumézon, ce journal imprimé, fut conçu dans le cadre de ce qui s'apparentait aux techniques de C. Freinet (1994), qu'il n'hésitait pas à évoquer.

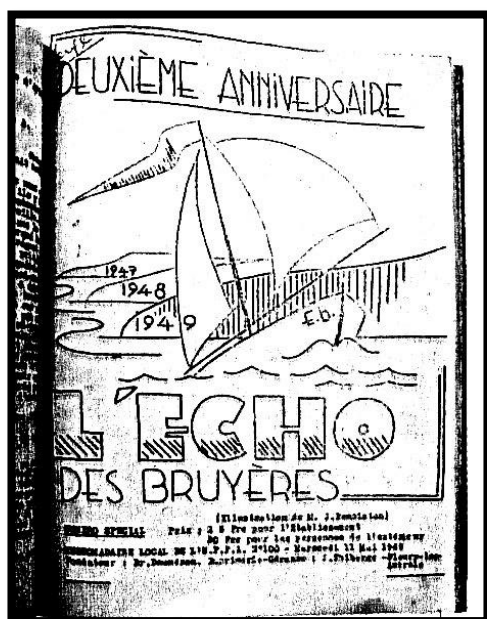
Il sera le premier de France à être réalisé par des malades et fut créé grâce et à partir de l'idée d'un instituteur hospitalisé, qui avait l'habitude des journaux d'école (Bauchet, 1979).

D'abord ce journal fut hebdomadaire, rythme de parution que G. Daumézon recommandait pour être efficace au niveau thérapeutique et était rédigé et imprimé par les malades, souvent « des chroniques », hospitalisés depuis longtemps, pour qui cela représentait une alternative à l'ergothérapie, mal adaptée à leur état et ne présentant, selon G. Daumézon aucune valeur thérapeutique pour eux.

Matériellement il était réalisé grâce aux ronéos des services économiques de l'établissement, dont G. Daumézon était le directeur, il faut le rappeler, ce qui sans conteste était aidant.

¹⁷⁵ On peut lire sur la question, Ligibel, J-M. (1982) : *Un infirmier à l'atelier journal*.

On trouvait dans son contenu : l'agenda des évènements à venir, des témoignages, des poèmes, la météo, l'horoscope, des photos, des caricatures, des mots croisés, des articles de fond de médecins ou d'infirmiers, le courrier des pavillons, etc.



1



2

(1) Annonce du second anniversaire du journal de l'établissement *l'Echo des Bruyères* et invitation à une Kermesse qui y était organisée (2).

Dès la deuxième parution de ce journal toutefois des difficultés apparurent, sous la forme de critiques, pas de celles qui seront considérées comme légitimes d'ailleurs et à ce titre acceptées, telle la qualité des repas par exemple, non ce qui posait plutôt problème, c'était que certaines de ces critiques étaient de nature personnelle et cela n'était pas considéré comme recevable par G. Daumézon et les initiateurs du projet.

Afin d'y remédier une réunion de « débriefing » fut organisée, elle le sera ensuite tous les quinze jours, à laquelle le plus grand nombre de ceux qui étaient intéressés, dont les malades, furent conviés.

Il fallait en effet permettre un échange de points de vue sur le contenu du journal et déterminer ensuite ensemble, des règles à adopter en ce qui concernait les limites à mettre à la teneur des propos tenus. On rappellera que ce ne sera pas G. Daumézon qui les fixera, mais le comité de rédaction, composé de malades et de soignants.

A cet égard et de façon plus générale, l'interventionnisme de G. Daumézon se limitait à l'exercice éventuel d'une fonction d'autorité, qu'il souhaitait conserver, même s'il n'en usait qu'en dernière limite et à de très rares occasions, il se distingua notamment en cela de son collègue S. Follin de l'Hôpital psychiatrique d'Armentières.

Celui-ci créa en effet une « Société de malades », avec un comité directeur, appelé à avoir, dans certaines circonstances, une fonction d'autorité décisionnelle indépendante de celle du médecin, fût-il chef de service, puisqu'il était envisagé qu'elle puisse s'exprimer, par exemple, sur l'admission ou l'exclusion de certains malades.

Au contraire pour G. Daumézon, toute démarche de prise en charge d'un malade, que cela concerne son entrée, sa sortie, mais plus généralement tout ce qui pouvait concourir et faire partie des processus de guérison, devait relever d'une démarche et d'une responsabilité médicale.

Toutefois il n'aura de cesse de répéter, que l'essentiel pour lui était de ne pas avoir à décider de tout et qu'il n'était qu'un garant, une sorte de référent symbolique de la loi générale, sans se substituer pour autant à celle que le groupe avait instituée en son sein.

Pour ces mêmes raisons, G. Daumézon ne sera jamais un partisan acharné des communautés thérapeutiques¹⁷⁶, dans lesquelles les soignants étaient selon lui absents.

Par contre il est indéniable qu'il n'avait et n'aura jamais, l'intention de conduire quelque groupe que ce soit vers la conformité¹⁷⁷.

Aussi, aucune directive extérieure au groupe n'était donnée à ses membres, qui restaient libres de leurs actions et seulement invités à réfléchir sur ce qui se passait entre eux (Thibaut & Strickland, 1956).

Toutefois on ne pouvait pas tout mettre dans ce journal, des attaques ou des interpellations personnelles en particulier, et par ailleurs celui-ci devenant mensuel les informations qui s'y trouvaient étaient parfois obsolètes lors de la parution.

Aussi fut-il décidé de mettre en place par pavillon des « journaux muraux », plus centrés sur la vie pavillonnaire et ses centres d'intérêts, puis d'organiser des réunions de correspondants, qui pourraient en faire état lors de l'élaboration du journal de l'établissement.

¹⁷⁶ On consultera à ce sujet : Bléandou, G. (1970) : *Les communautés thérapeutiques*.

¹⁷⁷ On peut lire sur cet aspect, articulé à la dimension de l'éducation, l'ouvrage de Lobrot, M. (1973) : *Priorité à l'éducation*.

Ce journal, toujours afin de s'inscrire dans le réel, sera payant : d'abord 3 francs¹⁷⁸ puis 4.

La réalisation du journal était aussi une activité artisanale, qui en entraîna d'autres et un atelier de reliure fut également créé (Chazaud, 1978).

L'implantation par G. Daumézon d'un journal à Fleury-les-Aubrais, qui se généralisera ensuite dans d'autres endroits, donnera des résultats fructueux.

En effet, dans un service le journal, qui n'est plus soumis à l'emprise de l'extérieur, permettait d'accéder à une liberté d'expression favorisant l'échange, la contradiction et l'émergence d'une « saine » critique, voire de conflits.

Cela reste d'ailleurs vrai si ces conflits trouvent leur origine dans le rapport entre l'instituant (émanation de la dynamique interne du groupe) et l'institué (le cadre externe des règles générales qui régissaient la situation considérée).

Cette dimension et cette perspective, on les retrouvait, premièrement dans la préparation du contenu du journal, mais aussi et surtout dans les réunions qui avaient préparées sa réalisation. C'est alors, précisa à nouveau J. Oury, non pas le journal écrit, mais le journal « institution », qui est mis en oeuvre (Bardet, 1966).

Il convenait de ce fait, selon G. Daumézon, d'utiliser leur dynamique, d'analyser les motivations qui en avaient permis l'expression et les éléments qui pouvaient conduire à leur résolution, même s'il n'ira pas aussi loin que J. Oury, sur les finalités du « journal ».

Il considéra en effet (1952), en se situant dans une approche plus psychosociologique que psychanalytique, qu'il s'agissait en fait surtout d'un moyen d'information, ne croyant guère à l'éventualité de l'existence d'une expression qui serait totalement libre, c'est-à-dire pour lui, extraite du réel, au profit de la domination du symbolique et de l'imaginaire.

On remarquera enfin que G. Daumézon (1950) sera, toujours à Fleury-les-Aubrais, l'un des premiers à mettre en place un journal parlé dans un hôpital psychiatrique.

A partir de Janvier 1949, chaque soir à 19h30, après le repas et avant le coucher, pendant une durée de 35 à 45mn une émission de radio était proposée, elle se composait de chants, d'interviews, d'histoires racontées et s'appelait : « Radio Bruyères ».

¹⁷⁸ Un franc de 1950 équivalait, en 2008, à environ 2,58 centimes d'euros.

Un travail éducatif constant et important fut mené, pour améliorer les contenus sous la férule d'un infirmier et d'un malade qui réunissaient leurs camarades afin d'élaborer les programmes.

G. Daumézon en disait :

« Voici plus d'une semaine que vous entendez chaque soir, notre journal parlé [...] Ses buts généraux sont exactement ceux que j'ai développés plus haut : fournir aux malades des occasions d'activité, présenter des faits vécus sous un angle objectif [...] Dites-nous les problèmes que vous voudriez voir débattre [...] C'est à vous de trouver tout le parti que vous pourrez tirer de cette émission pour développer la vie sociale au pavillon » (2013, p.2).

Rappelons que tout cela se passait dans les années 1950, bien avant la période de création des radios libres des années 1980.

2-3-4. Conclusion sur la primauté du quotidien et la formation

2-3-4-1. La primauté du quotidien

G. Daumézon estima que l'une des causes principales de la maladie mentale, particulièrement dans le champ de la psychose, dont les cas étaient majoritaires à l'hôpital psychiatrique, était l'impossibilité qui résultait pour le malade d'établir un mode de relation adapté avec son environnement, c'est d'ailleurs sous cette forme primaire que la psychose est fréquemment identifiée et prise en compte (Cooper, 1970).

Il fallait donc proposer à la personne malade un milieu, un espace de vie « artificiellement conditionné » en commençant par la mettre dans des activités dites de médiation, par niveau et selon ce qu'elle était capable de faire, afin de lui permettre ensuite de progresser un peu à la fois.

Cela se fera compte tenu d'objectifs qui lui seront spécifiques et qui reposeront sur l'évaluation régulière de leur atteinte. Voilà en quoi l'acte éducatif était posé.

H. Hannoun (1996) compara cet acte éducatif à un pari et c'est comme cela que G. Daumézon le considéra aussi, celui de la confiance dans une progression envisagée de l'humain qui se dépassait et se projetait dans le futur des possibles, sans se sédimenter dans le présent, au risque d'y perdre son autonomie.

L'une des intentions principales de ces activités consistant à contribuer à sa rééducation, le terme de nouvelle éducation étant sans doute plus adapté dans le contexte de l'époque, afin de rétablir un mode satisfaisant d'adaptation à son environnement, dans un hôpital qui voulait redevenir un lieu où se réalisait une « éducation humaine » (Chatagnon & Chatagnon, 1947).

Il importait donc ici d'entrer au coeur de ce qui avait justifié pour G. Daumézon la nécessité de mettre en place un certain nombre d'activités, valant tout autant et si ce n'est plus, par les situations qu'elles généraient que par leur nature intrinsèque. P. Koechlin (1951), élève puis proche collaborateur de G. Daumézon attestera de son intention et de sa volonté de mobiliser ce qui pourra concourir, par la réalisation d'activités concrètes, à une rééducation sociale.

Et pour cela précise H. Hannoun : « L'adaptation pratique constitue la première étape de la connaissance elle-même et la condition nécessaire à toute connaissance ultérieure réfléchie » (*Ibid.*, p.258).

Elle était aussi la possibilité comme le postula G. Daumézon de faire, d'expérimenter, de produire, de mettre en relation, d'être en interaction avec autrui et encore d'éprouver, de s'exprimer et de réfléchir sur les actions menées.

En un mot, il s'agissait de vivre et d'apprendre progressivement à le faire à nouveau grâce et par une activité collective reposant sur l'intérêt et où (re)naîtrait le besoin et ce faisant la motivation à essayer d'y répondre (Daumézon, 1952c).

Au niveau thérapeutique les objectifs de ces activités devaient également permettre selon G. Daumézon l'émergence et l'expression du conflit, nous l'avons évoqué, dans ce qu'il est un élément dynamique d'une « remise en questions ».

Et cela ne pouvait se réaliser que grâce à une production collective inscrite dans le concret et le réel et non dans le phantasme de la seule sphère intérieure, en outre encore mal explorée selon G. Daumézon, c'est ce qui devait si ce n'est permettre mais tout au moins contribuer à la résolution de ce conflit (Benoit & Daumézon, 1970).

L'idée de pouvoir travailler le champ des habiletés sociales nécessaires à la vie dans la société n'était par ailleurs pas absente de ce projet, qui se proposait explicitement pour aboutir d'utiliser des méthodes d'intervention actives.

Cela était d'autant plus vrai que G. Daumézon accordera une primauté à la place du quotidien dans le dispositif de prise en charge soignante qu'il contribuera à mettre en place, avec ceux qu'il considérera comme étant les acteurs principaux et incontournables de ce dispositif : les infirmiers.

Car le problème pour G. Daumézon n'était pas alors d'avoir imaginé des projets ou des axes d'investigation ou d'action novateurs et ambitieux, mais d'avoir les moyens de les réaliser.

Plus que jamais la formation de ce personnel lui apparaissait comme cardinale et déterminante, pour ce faire et de la même façon il était convaincu, compte tenu des objectifs à atteindre, que ces formations devaient revêtir des caractères particuliers.

Il contribuera en se mobilisant dans ce domaine à la constitution d'un nouveau métier d'infirmier de secteur psychiatrique, avec une conception en la matière novatrice, qui justifiera, nous allons le monter, qu'il puisse être considéré comme un pédagogue de premier plan dans le champ considéré.

2-3-4-2. La nécessité de la formation

L'un de ceux qui exprima le mieux l'intérêt de G. Daumézon pour le quotidien du malade et du rôle que l'infirmier pouvait y avoir fut l'un de ses anciens élèves, que nous avons déjà cité, il s'agit de P. Koechlin.

Il évoquera la pensée de G. Daumézon en la matière :

« Si l'activité psychiatrique infirmière peut se définir, ce n'est pas à travers un schéma même individualisé, mais dans un registre, celui de la quotidienneté (considérée) comme la voie royale de l'action psychothérapique institutionnelle [...], c'est, en effet, lorsqu'un comportement est passé du stade délibéré à l'inconscience de l'automatisme quotidien qu'il est le plus proche des affleurements de l'inconscient » (Daumézon & Koechlin, 1980, p.18).

La quotidienneté c'était donc la vie pour G. Daumézon, mais aussi comme nous en avons déjà fait état, le creuset des relations premières, qu'elles soient de nature affective ou sociale.

Vivre, ce n'était pas non plus être et se comporter compte tenu de schémas prédéterminés, fussent-ils qualifiés de thérapeutiques et ne s'attacher uniquement pour les soignants, qu'à les appliquer tel quel à l'autre.

P. Koechlin nous explique également que cette conception de la primauté accordée au concret et au quotidien, où principalement se réalisent les relations entre les malades et les infirmiers, conduira G. Daumézon à ne pouvoir que très difficilement théoriser sur le sujet, encore peut-on aussi se poser la question de savoir s'il souhaitait effectivement le faire ?

En effet, une confiance que lui fit G. Daumézon dans les dernières années de sa vie, laisse bien entendre qu'il pourrait s'agir d'un choix délibéré de sa part :

« Je ne veux plus, lui dira-t-il, écrire d'article que sur la méthodologie (car) toute programmation psychiatrique n'a aucun sens si elle est établie par les soignants ; pas de plan de soin donc car « l'autre », le partenaire, le malade, est capable à chaque instant de tout remettre en question et cette remise en question est précisément l'essence même de l'activité thérapeutique en psychiatrie » (Daumézon & Koechlin, 1980, p.19).

Enfin concluait G. Daumézon : « Puisque la médiation de la relation thérapeutique infirmière était d'ordre pratique, quotidienne, les organisations pédagogiques orientées vers les méthodes actives, devaient pouvoir jouer un rôle capital dans cette entreprise¹⁷⁹ » (*Ibid.*, p.18).

Il est indéniable qu'aujourd'hui et sur les mêmes sujets, de la prise en charge soignante des malades et de la formation des personnels, le propos de G. Daumézon aurait été féroce, comme il pouvait parfois l'être à son époque, lorsqu'il l'estimait nécessaire.

Il n'appréciait pas entre autre et il le laissait clairement entendre, l'amorce de la normalisation, qui s'est amplifiée depuis, des démarches thérapeutiques, fléchées, protocolaires, standardisées¹⁸⁰.

Cela était d'autant moins justifié, selon G. Daumézon, dans le domaine de la psychiatrie, dont on rappellera qu'il n'avait de cesse de mettre en avant ses liens de proximité avec ce qui relevait de l'inconnu, de l'indistinct, du non prévisible et avec une démarche soignante qui ne pouvait se fonder que sur l'équivoque et le précaire ainsi que sur

¹⁷⁹ Cela devait aussi permettre aux infirmiers de construire un savoir qui leur soit spécifique, sans être la déclinaison d'un savoir médical édulcoré, ne correspondant de toute façon pas à leur pratique, qui est ancrée dans la vie quotidienne et centrée sur le « moi » du patient (Ayme & Delion, 1985).

¹⁸⁰ Cela se faisant à partir de besoins bien souvent plus présumés qu'effectifs puisqu'ils sont « ciblés », catégorisés et transformés en indicateurs présumés de rationalisation, pour bien souvent servir d'indicateurs à des sources de financement de l'action thérapeutique, sans que cette action ne soit réfléchie à l'aune non de ce qui l'a déterminé, mais du sens dont elle est porteuse (Dosse, 1995).

l'énigmatique possibilité de l'imprévu, de l'inattendu, avec ce que H. Maldiney (1991) englobait sous le terme de « transpassibilité¹⁸¹ ».

G. Daumézon interpellait déjà à l'époque, pour la critiquer, cette démarche « positivomécaniciste et « pseudo-scientiste » selon ses termes et puisqu'il ne voulait pas dire scientifique, afin de souligner qu'on était bien loin de la prise en compte des problèmes de la « vraie vie », ce qui était pour lui la finalité de la médecine.

Les modèles y compris ceux de la maladie n'étaient selon lui que des ensembles, des points de repères qui simulaient une réalité toute virtuelle à des fins compréhensives, ils n'étaient pas là pour prétendre à la vérité, car étant relatifs et non absolus.

Ne soyons pas fascinés, précisait-il, par « les créations de notre esprit pour aborder la nature » (Daumézon, 1966, p.219).

En tout état de cause comme le dira J. Oury : « G. Daumézon était là le gardien d'un domaine toujours menacé, celui d'une quotidienneté, d'un champ d'existence nécessaire au plus démunis des schizophrènes, au plus misérable des sujets en souffrance » (1980, p.16).

Un quotidien qu'il considérait, à l'égal de M. de Certeau (1990), comme un espace social, où une personne pouvait y inscrire sa singularité, tout en étant également un « espace d'énonciations » rendues possibles par la fonction opératoire de l'échange et de la parole et où le déterminant, c'était le « faire avec », dans l'ordinaire de nos rapports aux autres, aux objets, aux codes et usages.

Un ordinaire qui est source de connaissances, elles-mêmes étant issues de l'action et des activités réflexives qui en résultent, H. Hannoun précise qu'alors : « les règles de la vie correspondent aux schèmes d'assimilation et ne s'acquièrent que par l'activité » (1996, p. 258).

Plus particulièrement G. Daumézon allait constamment privilégier le pari de la progression par l'action et non par le verbe, même s'il reconnaissait que le verbe avait son importance.

C'est en cela que se situera principalement le point de départ de sa démarche éducative, à l'instar de J. Piaget (1964) et de C. Freinet ([1942-1943], 1994).

¹⁸¹ La « transpassibilité » est selon H. Maldiney une faculté humaine qui lui permet à la fois d'être lui-même et d'être au monde, ces deux dimensions devant s'articuler l'une à l'autre sous peine sinon d'entraîner la psychose, par le mécanisme de reconstruction d'un monde, qui ne soit propre qu'à l'individu.

On retiendra également l'importance que G. Daumézon attachait à ce que C. Freinet appelait la « barrière-recours¹⁸² », lorsqu'il présupposera qu'à partir d'un besoin ou d'un intérêt, qui étaient la condition à la réalisation d'une véritable activité, l'homme pouvait se projeter d'un état présent à un état futur, s'il l'estimait comme étant meilleur pour lui (Hannoun, 1996).

Eduquer ou rééduquer pour G. Daumézon, tel que nous en avons précisé le sens précédemment, c'était alors être dans le faire, expérimenter, produire, mais aussi réfléchir sur les actions produites et les mettre en questionnement, en discussion, afin de progresser en se projetant sur « un autre que le présent ».

Susciter le travail collectif, faire naître l'intérêt et le besoin permettaient, selon lui de retrouver ou de garder la motivation à vivre, voilà à quoi devaient s'atteler les soignants, dans leurs objectifs et leurs démarches d'éducation, tout autant que de soins, approches qu'il partagera, entre autre, avec J. Oury et F. Tosquelles.

Enfin selon L. Bonnafé ce qui primait et qui comptait plus que tout pour G. Daumézon, ne s'apprenait pas dans les livres de médecine, ou dans les règles administratives, car il s'agissait avant tout d'humanité et pour lui son ami fut plus que tout un humaniste.

Aussi face et malgré les pressions et les discours de ceux qui se prévalaient de diriger les institutions, non du point de vue de ce qui était nécessaire, mais de ce qui leur était utile et malgré le nombre de ses collègues, peu enclin à faire abstraction du pouvoir qui était le leur, il continuera inlassablement à être extrêmement sensible et attentif au monde des infirmiers, qui étaient les plus proches des malades dans leur quotidien, leur vécu et leur existence. (Daumézon, 1978c).

Il fera partie ajoutera L. Bonnafé des rares personnes qui : « (ont) voulu que ceux qui vivaient avec eux, nous disent ce qu'il voyait et comment ils le voyaient » (1980, p.22).

Dans le dernier article que G. Daumézon publia avant sa mort, en 1978 : *Poésie et soins psychiatriques* et que nous examinerons prochainement dans le détail, il mettra en avant ce qui fut le principal point de départ de son action et de sa motivation à développer la formation des infirmiers : « L'idée maîtresse est, disait-il, que dans le savoir et savoir-faire infirmiers, sont contenus des potentiels d'enrichissement de tout, de la relation/soignant/soigné » (Daumézon cité par Bonnafé, 1978 , p.21).

¹⁸² Pour C. Freinet, la famille, les autres, la société, constituent des barrières-recours qui apportent à la fois aides et limites à l'enfant. L'une des fonctions de l'éducation est d'apprendre à utiliser ces recours sans y être aliéné.

Il sembla trouver dans la collaboration qu'il mettra en place avec les CEMEA (les Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) un moyen privilégié de contribuer tant au développement, qu'à la reconnaissance de ces potentialités, contenues dans le savoir infirmier et qu'il souhaitait prendre en compte dans sa singularité.

Nous rappellerons toutefois, en préalable de l'examen de cette collaboration, qu'un premier stage pour des infirmiers de son service avait déjà été organisé à Bristol par G. Daumézon, comme nous en avons fait état précédemment.

Ce fut une véritable découverte pour eux, mais également pour lui, le persuadant définitivement de l'intérêt qu'il y avait à en organiser d'autres.

Encart N°8 : Un exemple de transformation des relations sociales entre des soignés et des soignants lors d'un « séjour thérapeutique »¹⁸³ organisé dans l'Aveyron en 1979 au sein de ce que G. Daumézon aurait sans doute qualifié « d'espace social du possible » (Krzyzaniak, 1980).

« Les raisons qui poussèrent Brigitte à se joindre à nous ne m'apparaissent pas clairement, même aujourd'hui. Le début en remonte à une promenade, la nuit tombait ; certaines personnes manifestaient le désir de redescendre, Brigitte celui de continuer (la promenade), Dominique et moi l'accompagnèrent.

La seule manifestation de Brigitte sur le chemin du retour fut une crise de fou rire qui nous laissa perplexes, mais après tout le fou rire a-t-il besoin d'une explication ?

A dater de cet instant, Brigitte nous suivra sans que jamais nous n'insistions. Le point crucial de notre relation avec Brigitte sera atteint lors du départ au camping.

A notre arrivée, nous la trouvons allongée sur l'herbe, Monsieur C... nous dit qu'elle l'avait agressé sur le chemin qui menait à la rivière.

Je signalais simplement à Brigitte que nous partions, elle refusa puis nous suivit tout de même à courte distance.

Arrivée au camp, (un peu là-haut dans la montagne) je m'absentais avec Manuel pour aller chercher de l'eau. A notre retour Brigitte (qui ne parlait quasiment jamais) discutait avec Dominique, elle nous parla pendant près d'une heure. Monologue centré sur sa mère, nous reflétant toute l'ambiguïté de leurs rapports : ambivalence d'amour et de haine, expression orale (de son angoisse) plus encore, car Brigitte nous interrogeait alors sur des lendemains incertains, recherche désespérée d'une identité dans la multitude de conflits qu'elle nous soumettait pour la première et dernière fois.

Même si nous ne demandions jamais rien à Brigitte, il n'en reste pas moins que divers modes de rapprochement (par exemple les invitations à danser, les promenades) peuvent incidemment avoir favorisé un attrait de Brigitte à notre égard.

Nous respectons son choix sans supputer outre mesure sur les fondements de ce premier pas car il devait nous permettre le moment décisif de notre relation.

¹⁸³ J-P. Martin, le médecin chef du service où se déroula ce « séjour de vacances » en dira dans son ouvrage : *Psychiatrie dans la ville* : « Le service réalisait depuis des années des séjours de « vacances » consistant à déplacer les hospitalisés, à tour de rôle, vers un lieu maritime ou montagnard, l'équipe infirmière déléguant plusieurs des siens pour encadrer. Le médecin passait, en visite dans le séjour, pour encourager ces bonnes volontés. Un séjour dans l'Aveyron va être l'enjeu d'une rupture avec cette pratique de déplacement de l'hôpital : le lieu-dit « de vacances » étant un lieu privilégié où les contraintes asilaires sont moins fortes du fait de l'éloignement de l'établissement, l'équipe médicale décide d'y participer, non pour encadrer, mais pour impulser pratiquement une dynamique de lieu de vie. Immédiatement les bonnes volontés habituelles ne sont plus volontaires. Un groupe de jeunes infirmiers nouvellement formés se « jettent à l'eau ». Les tâches sont définies en termes d'accompagnement soignant, les patients organisent les journées de façon communautaire. Les deux seuls temps qui restent de la stricte responsabilité des soignants sont la distribution des médicaments et la réunion médecins-infirmiers. La liberté d'aller et venir, de faire ou de ne pas faire, la capacité d'initiative et de critique relèvent de règles communautaires évoluant de jour en jour. Ce séjour laisse le sentiment d'une autre approche soignante possible et révolutionne le service » (2000, p.35).

Se limiter à l'adhésion de Brigitte ne restait pas un but en soi. J'avais la certitude en cet instant que nous étions utiles à Brigitte ; pourtant nous ne faisons qu'induire son comportement à travers le nôtre. Il fallait rompre ce cordon, ou tout au moins essayer...

Nul n'ignore la joie qu'éprouve Manuel à se promener, explication facile de son attachement à nous suivre. Chose remarquable, Manuel ne cessa de nous surprendre, sans doute parce que nous avions le temps de l'écouter et lui de se faire entendre.

Si au départ Manuel ne faisait que demander des promenades, il en diversifia par la suite les modalités (en voiture, à pied, en marchant dans l'eau). De même, il participa de plus en plus activement aux activités ménagères, comprenant que plus vite elles seraient terminées, plus vite nous partirions.

Spontanément peu loquace, il répondit de manière de plus en plus précise à nos questions sur son métier, sa santé, ses rapports avec les autres soignés ; pour finir, il en vint à porter des commentaires sur les autres.

Durant le camping, il coupa lui-même du bois, alimenta seul le feu quand il convenait de le faire, se coucha et se leva seul, nourrissant et donnant à boire aux chiens qui nous accompagnaient, me demandant ensuite d'aller chercher de l'eau puisqu'il n'y en avait plus.

Un jour Manuel nous stupéfia : pour se changer après une baignade, il se cacha derrière des rochers, ce qu'il ne faisait jamais auparavant. Manuel était heureux, cela se sentait, cela se voyait ; comme toujours en pareil cas on peut s'interroger sur notre rôle : n'étions-nous que le filtre des stéréotypies de Manuel ?

La diversité de ce qu'il faisait en notre compagnie, de ce que nous partagions avec lui, lui permettait-elle de quitter le véhicule que nous lui propositions pour cela ? Manuel goûtait-il ce bien-être parce qu'il avait choisi de le faire ? Le mot promenade nous hantait ; Manuel n'était-il que ce voyageur insatisfait qui à la moindre occasion fuyait le présent parce qu'il représente si peu de chose pour lui ?

La réponse nous vint lorsqu'un membre de l'équipe soignante venu nous rendre visite lui proposa de le ramener en voiture au village. Manuel refusa, lui qui n'avait de cesse de réclamer des promenades même lorsqu'il se promenait ; il refusait de partir une nouvelle fois.

*Qui préférer [alors] Manuel accroché à la montagne, dormant de son plein gré sur le sol, mettant des buches sur le feu dans le soir tombant, ou Manuel arpentant la grande salle de séjour à longueur de journée ?
[...]*

Un jour nous avons demandé à Brigitte et Manuel s'ils voulaient bien aller chercher de l'eau sans nous et ils y sont allés. Ils n'avaient fait qu'un kilomètre mais ils les avaient faits seuls, en pleine montagne : elle une « psychotique » et lui « un Korsakoff », elle une prisonnière et lui un amnésique, elle une petite fille et lui un vieux monsieur... ».

2-4. LA COLLABORATION AVEC LES CEMEA

2-4-1. Introduction sur la pédagogie active

Les CEMEA, créés en 1937 et qui porteront ce nom à partir de 1943, proposaient des approches éducatives à des enfants ou de jeunes adultes.

Ils formaient notamment les moniteurs et les cadres des colonies de vacances, en s'inspirant des méthodes actives issues du courant dit de « l'éducation nouvelle » et d'une coopération avec le milieu du scoutisme laïque, aboutissant à l'idée de « stage » pour désigner une période de formation collective.

Né à la fin du XIX^e siècle¹⁸⁴ ce courant, dit aussi de la pédagogie nouvelle, pensait que l'acquisition de savoir résultait principalement non de sa seule transmission, comme le mettait en avant la pédagogie dite traditionnelle, mais de la construction d'une activité personnellement réalisée par l'élève.

J. Piaget, lui-même élève d'E. Claparède, fut à partir des années 1920 emblématique de ce courant qui résultait selon R. Cousinet (1965) de la conjonction de trois sources : la première était scientifique et liée au développement de la psychologie de l'enfant, la seconde était d'origine philosophique ; sous la forme, par exemple, de la pragmatique de J. Dewey et la troisième, la plus puissante, relevait de la conception mystique de l'homme considéré comme naturellement bon et qu'une éducation adaptée devait rendre autonome et responsable.

On n'oubliera pas, sur ce dernier point, que l'on était proche de la fin de la Première Guerre mondiale, qui avait traumatisée des générations entières de femmes et d'hommes.

Ne voulant pas voir se répéter ce drame et pensant résolument que c'était l'endoctrinement des masses populaires qui avait été la cause du déclenchement de cette guerre, on souhaitait grâce à l'éducation et à une véritable pédagogie sociale et démocratique, permettre l'émergence d'un homme, retrouvant ou accédant à la liberté, grâce à son propre jugement et à une pensée critique.

¹⁸⁴ Avant la Première Guerre mondiale ce courant fut porté par exemple par C. Reddie en Angleterre, J. Dewey aux Etats-Unis, G. Kerschensteiner en Allemagne, M. Montessori en Italie, O. de Decroly en Belgique, A. Ferrière en Suisse et E. Demolins, P. Robin et S. Faure en France.

Cette intention se retrouvera d'ailleurs chez les initiateurs et les tenants de la pédagogie institutionnelle, ce qui expliquera, par exemple, certaines proximités de pensée entre J. Piaget et C. Freinet.

On n'avait plus besoin donc d'un enseignement magistral traditionnel qui dominait en France, A. Binet et V. Henri ([1898], 2005) diront même vouloir déclarer la guerre à la pédagogie traditionnelle : c'est le tâtonnement expérimental et la dimension sociale, coopérative, qui devront désormais primer.

Par ailleurs, dans le cadre d'une approche psychologique constructiviste, caractérisée par des réorganisations cognitives successives, on émettra à partir des travaux de J. Piaget que le travail actif était l'intelligence en acte.

Dans le registre de la pédagogie « active » il convenait maintenant de favoriser la perméabilité à l'expérience, l'intelligence pratique servira de sub-structure à l'intelligence conceptuelle et réfléchie (Desmet & Pourtois, 1997).

G. Daumézon, qui reçut lui-même un enseignement traditionnel ne manquera pas de le critiquer et d'en monter les limites et les faiblesses, résolument il fit lui aussi le choix de se situer dans le registre de ce que l'on appellera les méthodes actives¹⁸⁵.

2-4-2. Les intentions initiales

Les CEMEA, nous l'avons précisé, n'avaient en fait rien à voir avec la psychiatrie avant de prendre, par l'entremise de G. Daumézon, une place très importante dans l'accompagnement du mouvement de réforme de cette psychiatrie d'après-guerre.

H. Rancœur (1980), un infirmier, qui fut l'un des plus proches collaborateurs de G. Daumézon à Fleury-les-Aubrais, témoignera de ce que fut son intention, lorsqu'il sollicita les CEMEA :

« En matière de réalisations humaines, dira G. Daumézon, lorsque l'on ne peut modifier une institution, on cherche à changer l'attitude de ceux qui l'emploient. C'est pourquoi nous nous sommes tournés vers ceux qui dans un cadre différent, se trouvaient dans une situation semblable et

¹⁸⁵ « Ce sont des méthodes d'apprentissage appropriatives et de découvertes en ce sens que les connaissances et les savoir-faire acquis résultent, pour l'essentiel d'une activité personnellement prise en charge par l'élève » (Desmet & Pourtois, 1997, p.253). Tout apprentissage repose donc sur l'effectivité d'une activité individuellement mobilisatrice dans le registre d'une démarche « auto-socio-constructiviste », il faut à la fois agir et trouver du sens à l'action, qui en est porteuse en elle-même. Nous aurons plus tard dans ce travail l'occasion de développer ce domaine de la pédagogie active.

poursuivaient un but analogue. Nous ne pouvons pas former les infirmiers des Hôpitaux psychiatriques, nous avons demandé aux Centres d'entraînement de nous aider à faire naître chez eux une profonde rénovation de la pratique de leur métier, de leurs horizons et de leurs perspectives » (Daumézon cité par Rancœur, 1980, p.11).

Le début de cette collaboration singulière et exceptionnelle portera en tout cas également la marque du hasard.

G. le Guillant qui travaillait alors aux CEMEA rencontra en effet G. Daumézon dans l'établissement où il exerçait en septembre 1946. Cela se fit à l'instigation de l'une de ses connaissances, à qui elle rendait visite et qui tenait absolument à le lui présenter, alors que cela n'était pas prévu.

La rencontre eut donc lieu et G. Daumézon fit en sa présence, à la fois le constat d'un manque de formations continues spécifiques à la formation des infirmiers psychiatriques, tout en exprimant le souhait de vouloir collaborer avec un organisme non « initié » et donc non influencé par les habitudes et les pratiques psychiatriques, qu'il jugeait obsolètes.

A la stupéfaction de G. Le Guillant (1980), il lui précisa au terme de leur échange qu'il était ouvert à des suggestions de stages de formation, qui pourraient permettre de former des infirmiers psychiatriques.

Celle-ci exprimera plus tard, en relatant un propos de G. Daumézon, ce qu'elle avait traduit de sa pensée dans ces circonstances :

« Il est à première vue paradoxal qu'un organisme d'éducation comme les CEMEA se préoccupe des Maisons pour malades mentaux. On serait tenté de penser que bien des tendances modernes, en éducation, sont nées de l'expérience des arriérés et que la direction des centres a voulu tenter de retrouver chez nous une des sources de réflexion les plus fécondes de la pensée éducative ? En fait il n'en est rien, l'origine de notre collaboration doit être trouvée non dans une recherche doctrinale, mais dans une profonde similarité de situations concrètes » (Daumézon cité par Le Guillant, 1980, p.9).

P. Rose, à l'époque instructeur (animateur) aux CEMEA, expliquera que cela ne se fit pas sans quelques contestations de la part de certains de ses collègues, qui y voyaient un détournement d'objectifs, normalement centrés sur les animations collectives d'enfants et d'adolescents, en particulier lors des colonies de vacances.

Pourtant précise-t-il :

« Ne pas répondre à l'appel que nous lançaient quelques psychiatres eût été cautionner et accepter des conditions inhumaines et intolérables faites à certains patients [...] Au cours de ce séjour (fait par des instructeurs du CEMEA à l'hôpital de Fleury-les-Aubrais) nous étions intervenus auprès de diverses catégories de malades : des agités aux gâteux, en utilisant auprès d'eux ce que nous savions faire, c'est-à-dire ce que nous étions habitués à enseigner dans les stages de moniteurs de colonies de vacances. Sans préjuger *a priori* de leurs capacités, nous leur avons appris des chants, organisé des séances de jeux ainsi que des activités manuelles, comme décorer des boîtes de conserves vides dans lesquelles chacun gardait précieusement ses trésors (un petit reste de tabac, ou encore un croûton de pain séché) et réaliser ainsi la personnalisation de moyens anonymes : « ceci est ma boîte à moi » à ne surtout pas confondre avec celle d'un autre malade » (1999, p.46).

Les responsables des CEMEA : G. de Failly (Directrice) et H. Laborde (Secrétaire général) eux aussi furent surpris, mais également intéressés par cette démarche.

Ils constituèrent alors un groupe d'instructeurs et des premières rencontres, G. de Failly y participa, eurent lieu en 1948 à Fleury-les-Aubrais avec le personnel infirmier de l'établissement, G. Daumézou et des animateurs, que l'on appelait alors « instructeurs » aux CEMEA.

Ils organisèrent ainsi un premier projet de stage, qui eut lieu en septembre 1949 à l'extérieur de l'hôpital, G. Daumézou y tenait afin de quitter le contexte et l'ambiance habituels de l'hôpital psychiatrique, cela se passa donc dans un lieu plus neutre appelé le Château de la Charbonnière, situé près d'Orléans dans le Loiret.

Le rôle de G. Daumézou dans ces rencontres était alors le suivant : « En quelques phrases, jamais sans grandes envolées oratoires, Daumézou exposait ses intentions, ses souhaits et il laissait faire. C'est là l'art de celui qui inspire confiance et qui donne toute chance à celui qui veut faire preuve d'initiative » (Le Guillant, 1980, p. 10).

Une première phase d'identification fut menée qui devait concourir, par des modifications de la vie quotidienne, à l'humanisation de l'hôpital psychiatrique.

L'objectif premier à atteindre pour le groupe de travail était donc clair : permettre et favoriser l'humanisation de l'hôpital psychiatrique au niveau de son quotidien, dont on rappellera ici l'importance que G. Daumézou lui accordait, cela pouvait donc concerner : les prises de repas, les toilettes, etc.

En généralisant cette démarche il en résulta la création d'activités communes, se déroulant à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, (Daumézou, 1948b).

L'organisation de bals ou de compétitions sportives, ouverts à et pour l'extérieur, permis à la population d'y venir, ce qui était l'occasion de contact avec les malades, souvent d'ailleurs on ne distinguait pas ou plus, qui était qui et s'il était soigné ou visiteur (Romanet, 1980).

Une équipe de foot-ball fut créée, composée de personnes malades et de soignants et participa à des rencontres officielles avec des équipes d'autres communes que celle de Fleury-les-Aubrais.

Des repas communs à la même table furent pris, où se retrouvaient ensemble les malades, les instructeurs CEMEA, dont des animateurs, des médecins et des infirmiers.

Tout le monde discutait et était à égalité pour le faire, y compris avec les médecins, ce qui allait ainsi permettre des expériences fructueuses avec des non-soignants. L'infirmier n'était plus un gardien mais un collaborateur possible du médecin (Daumézon, 1974 ; Bonnafé, 1980 ; Rancœur, 1980).

Des stages de la même nature, fréquemment d'une durée de 10 jours et toujours en dehors de l'établissement hospitalier, se multiplièrent et s'implantèrent dans d'autres établissements psychiatriques, voire à l'étranger.

G. Daumézon, qui fit aussi partie des tous premiers animateurs, tenait à ce que ces groupes comprennent des personnels de divers corps et fonctions professionnels, afin de ne pas favoriser des mécanismes de castes et moins encore de les créer en les officialisant.

Ainsi, et malgré les bénéfices qui explicitement en émanaient, il mit fin à des stages qui ne comprenaient que des surveillants chefs infirmiers, car cela renforçait leur sentiment d'appartenance à un groupe constitué de pairs (Koechlin, 1980).

Il s'agissait pour conclure et G. Daumézon agira pour la circonstance en véritable précurseur, d'une véritable action militante et collective d'ouverture de l'établissement à l'extérieur, tout autant que de concourir à l'intérieur à l'humanisation et à la modification du quotidien, des pratiques de soins et du vivre ensemble¹⁸⁶.

¹⁸⁶ P. Bailly-Salin précisera : « L'infirmier recourt à un médiateur dans sa relation avec le patient et ce recours apparaît comme fondamental de l'originalité et de la richesse de l'action soignante infirmière. Le médiateur est constitué parce que le service propose comme activité, quelle qu'en soit la nature : ateliers créatifs, activités commentées, groupes d'expression, peu importe [...] Les CEMEA fournissaient par leurs techniques de vie collectives ces médiateurs ou ces supports. La psychiatrie, elle, habillait et habitait ces activités diverses de ses intentionnalités, à défaut elle tentait de le faire » (2004, para. 17-18).

L'action primait, ainsi que le collectif¹⁸⁷ et il s'agissait surtout, non de former les personnels à des modèles d'interventions qui seraient à reproduire, on lui fera d'ailleurs plus tard le reproche de ne pas se limiter à l'apprentissage de « techniques », mais de façon active, de contribuer à la transformation des stagiaires, afin qu'eux-mêmes aient une action transformatrice de leur environnement professionnel, lors de leur retour dans leur établissement d'origine.

On était ce faisant dans le registre de la formativité pour le différencier de celui de la formation (Honoré, 1977).

Ce n'est pas la transmission du « faire comme » qui était l'objet de ces formations mais et G. Daumézon y tenait absolument, un travail réflexif et actif sur les façons de penser le faire et de lui donner du sens (Bonnafé, 1980).

L'idée de G. Daumézon était, par la formation et l'utilisation de méthodes pédagogiques actives, de modifier l'asile en transformant ceux qui y exerçaient.

Lors d'une communication qu'il fit à Caen en 1957, à l'occasion du vingtième anniversaire des CEMEA, G. Daumézon tira les conclusions suivantes des huit premières années de fonctionnement des stages qui avaient déjà été organisés, tout en insistant notamment sur le fait qu'ils avaient été réalisés en se reposant avant tout sur l'écoute de l'autre, préalable fondamental à la mise en place d'une nouvelle relation éducative.

D'abord il précisa pourquoi ces stages, lorsqu'il les animait, commençait toujours par une intervention de sa part, qui portait sur la question de savoir comment naissait et comment disparaissait un trouble psychique.

Il fallait en effet que le stagiaire se sente immédiatement impliqué et partie prenante de la formation qui lui était proposée et qu'il devait s'approprier comme étant la sienne.

L'un des buts qu'assignait G. Daumézon à ces stages était de saisir, de capter l'attention et de réveiller par un contact, une relation avec autrui qui était perdue et pour cela il importait que les stagiaires puissent : « utiliser leur propre esprit, pour penser leurs propres pensées en rapport à leur propre expérience » (Mori, 1980b, p.14).

L'autre objectif grâce à l'acquisition de savoir-faire, qui permettaient de mettre en place des ateliers, étaient comme il le disait souvent « de réveiller la vie » des malades en se

¹⁸⁷ G. Daumézon avait personnellement tranché dans le contexte d'un débat qui était actif, dans les années 1950-1960, entre les tenants de la formation individuelle et ceux de la formation collective, cette dernière devenant selon F. Laot prévalente au motif que : « restreindre la formation à un individu limiterait singulièrement son efficacité, voire réduirait à néant les résultats attendus de cette formation » (2011, p.57).

mettant à leur portée et pour cela de réaliser un acte d'apprentissage, même minime, car il convenait de se mettre à la portée de ce que les malades pouvaient effectivement faire.

Si celui-ci ne pouvait le réaliser, il n'était pas alors possible de susciter son intérêt, qui était la pierre angulaire déterminante de toute démarche d'un progrès envisageable et pour cela tous les moyens étaient bons, même ceux qui *a priori* étaient les plus simples, il disait à cet égard :

« Il est facile, de capter l'intérêt toujours disponible de l'enfant par un bricolage proposé par un adulte, habile magicien. Il est autrement plus valable de réveiller la vie chez des hommes et des femmes à travers un jeu de mains perdu, un moyen de contact à autrui qui semblait éteint [...] (or) le fait de provoquer n'est pas donné. Dans un pavillon de cent malades, proposons tel chant, telle danse, telle activité, telle tradition, aucune échappatoire n'est possible pour camoufler notre échec » (Daumézon, [1957a], 2006, p.2, para.11).

Car selon G. Daumézon si à l'extérieur de l'établissement, ne venaient à des activités proposées que ceux qui le souhaitaient parce qu'ils étaient concernés, ce n'était pas le cas à l'intérieur de l'hôpital, où il fallait que l'on s'attache à faire que tout le monde soit concerné.

Cela de son point de vue était possible toutefois en mobilisant deux sortes de techniques, celle de la vie collective et celles des techniques éducatives actives qui permettaient au personnel d'avoir : « L'espoir de devenir des infirmiers totalement soignants, investis d'une tâche exaltante auprès de leurs malades, plutôt que de la simple routine de la surveillance et de soins physiques même méticuleux » (*Ibid.*, para.11).

G. Daumézon mettait aussi constamment en garde sur le fait qu'il ne fallait pas chercher à rationaliser plus que nécessaire les techniques qui seraient utilisées, elles ne valaient que comme support, comme moyens et non comme finalités : peu importait ce que l'on exposait d'un atelier poterie par exemple, ce n'était pas l'objet qui comptait en lui-même, mais ce qui résultait du travail, de la rencontre, du « faire » qui en avaient permis la réalisation.

Enfin si une technique était abordée lors d'un stage, elle était ensuite expérimentée en situation et retournée aux instructeurs et aux infirmiers pour être commentée, analysée, transformée, améliorée.

C'était cela pour lui le sens d'un apprentissage progressif, solidaire, collectif et militant. Il ne manquait jamais, non sans une certaine émotion parfois, de faire l'éloge de la simplicité qui devait animer tous ceux qui participaient au travail effectué : « loin des

réunions guindées et de prestige » du corps médical, où selon lui on ne mesurerait pas toujours, compte tenu de la modestie des résultats obtenus, l'importance du travail que cela avait pourtant nécessité.

Car tout n'était pas aussi simple et tranquille qu'il pouvait y paraître et D. Giffard (2011) mettra en avant les conséquences liées à la dimension dynamique et transformatrice de ces formations pour ceux qui les suivaient.

Cela était vrai individuellement mais aussi collectivement, à cause de la modification de la conception de la relation et des rapports sociaux nouveaux qui s'établissaient entre des stagiaires et des malades, nous venons de l'évoquer, mais aussi entre ces stagiaires et les autres infirmiers et les médecins.

Il soulignera alors, comme G. Daumézon l'avait fait aussi, qu'il fallait y voir les effets du choix d'avoir mobilisé, pour intervenir, des méthodes transformatrices non seulement de ce que les gens faisaient mais aussi de ce qu'ils pensaient et que cela n'allait pas sans poser des problèmes dans les institutions psychiatriques :

« En 1949, dit-il, dans le cadre des Ceméa, G. Le Guillant et G. Daumézon forment les stagiaires au psychodrame, à la dynamique de groupe. Ils leur font également pratiquer des activités collectives et créatrices où, dans une relation inversée, ils découvriront de nouveaux modes d'échange avec les médecins qui les encadrent. A leur retour dans leurs services respectifs, ces infirmiers rapporteront les pratiques et surtout reproduiront ces nouvelles relations auprès de leurs malades. Malheureusement ils se heurtent au conservatisme de l'encadrement infirmier ou médical » (Giffard, 2011, p.9).

Pour G. Le Guillant ce personnel infirmier, si souvent méprisé, ignoré même par les médecins, commençait à leur montrer ce dont il était capable, en étant au plus proche des malades et donc en étant également plus actif et interventionniste que des médecins, qui en étaient parfois bien éloignés ou qui ne les côtoyaient que de façon épisodique.

Elle dira : « Ces hommes et ces femmes, soignants profondément engagés dans la rénovation de l'asile, ont eu tout au long de notre travail un rôle privilégié (1980, p.10).

Cela ne pouvait que déplaire à certains médecins, qui n'avaient envoyé leurs infirmiers en stage CEMEA qu'à la suite, selon G. Daumézon, d'un effet de mode et qui se trouvaient bien effrayés des conséquences qui en avaient résulté, parce que cela allaient bien au-delà de ce qu'ils pouvaient supporter et admettre. Reconnaissons également que ce fut le cas

fréquemment aussi d'une bonne part de la hiérarchie infirmière, très souvent inféodée au corps médical.

G. Daumézon en fera lui-même le constat : « (ce) sont les premiers à s'effrayer des propositions que leur font leurs collaborateurs au retour de stage » ([1957a], 2006, para.3).

Il n'en demeure pas moins que très vite plus de 800 stagiaires furent formés dans 15 stages, concernant 72 d'établissements différents.

De façon singulière, mais parce qu'il peut être considéré comme étant représentatif d'autres stages, nous nous proposons de présenter l'un de ceux-ci, parmi les premiers, qui se déroula au mois de mai 1950 sous la conduite de S. Romanet, instructrice aux CEMEA.



Photographie de G. Daumézon (avec des lunettes noires) au stage CEMEA de Carry-le-Rouet en juin 1957 et face à lui L. Bonnafé et G. Le Guillant.

2-4-3. Le stage du Chant

S. Romanet participa au 2^e stage organisé de façon conjointe à l'Oreillère par les CEMEA et G. Daumézon, elle travaillait à temps partiel comme institutrice et n'avait jamais mis un pied dans un hôpital psychiatrique.

Afin de préparer son intervention, elle rencontra comme cela était l'usage G. Daumézon lors d'une réunion des « instructeurs », noms donnés à l'époque aux animateurs des stages.

Cette équipe comprenait, G. Le Guillant qui avait désormais une bonne connaissance des hôpitaux psychiatriques, M-L. Vergnes et P. Rose, selon elle, très habiles de leurs mains, A. Boulogne qui s'occupait des activités sportives et elle-même pour le chant et la danse.

Sur ce dernier point elle pensait de façon conjointe avec G. Daumézon : « Que la pratique du chant et de la danse peut ménager une approche plus sensible des malades, ouvrir la voie à des échanges plus heureux, permettre des rapports nouveaux entre infirmiers et hospitalisés » (Romanet, 1980, p.27).

2-4-3-1. Avant le stage

Le stage se déroulait en plusieurs temps : il y avait d'abord le stage en lui-même qui regroupait, à l'extérieur de l'établissement plusieurs instructeurs et les stagiaires infirmier(e)s au nombre d'une soixantaine, parfois 90, reprocha L. Le Guillant (1958) qui trouvait que c'était trop.

Ces femmes et ces hommes venus de toute la France se répartissaient en plusieurs ateliers : travaux manuels, couture, sports, danses collectives, chants, mais aussi psychodrames, récits d'expérience, etc.

Tous les soirs les médecins, dont G. Daumézon, se regroupaient avec les instructeurs (animateurs) CEMEA et des délégués représentants des stagiaires infirmiers, afin de revenir avec un esprit critique sur ce qui s'était passé et ce qui avait été proposé.

L'idée était que si les stagiaires eux-mêmes n'avaient pas été intéressés, il y avait très peu de chance qu'il en aille différemment avec les malades lors de la mise en place de l'activité à l'hôpital, car la finalité prioritaire était et restait avant tout celle-là.

En ce qui concerne S. Romanet, il lui fut reproché le choix des chants qui semblaient par trop enfantins, il faut dire que pour ce premier stage qu'elle animait, elle ne connaissait que des chants d'enfant, juste adaptés aux colonies de vacances, où ils avaient vocation à être utilisés.

Elle proposa ensuite un chant cévenol : *J'entends le rossignol chanter*, qui rencontra beaucoup de succès alors qu'il abordait un épisode de la guerre, sans doute parce que celle-ci était encore très présente dans les esprits.

G. Daumézon participa, comme il le faisait souvent, à cet atelier chant et selon elle, il y chanta comme les stagiaires avec beaucoup d'entrain et de plaisir.

2-4-3-2. Après le stage

Après le stage et en accord avec les infirmier(e)s, le contenu tel qu'il avait été défini et adopté était mis en œuvre avec l'instructeur, sous la forme d'ateliers dans les services de soins à proprement parlé. En l'occurrence le choix du chant et le mode d'apprentissage, seul ou en groupe, dépendaient des pathologies et de l'état des malades selon ce service.

Parfois et lorsque cela était possible, on pouvait coupler cette animation avec une autre activité, S. Romanet donnait l'exemple de la couture et du chant, ce qui concourrait à une animation encore plus importante du pavillon¹⁸⁸.

En effet l'objectif était de rendre vivant des espaces, qui ne l'étaient pas habituellement.

Les activités, compte tenu de leur niveau de complexité, se faisaient d'abord par catégories de patients, selon leurs capacités, tout en sachant qu'un patient (terme qu'utilisait souvent G. Daumézon) pouvait tout à fait changer de groupe d'activité, selon son évolution et l'intérêt qu'il manifestait à y participer.

S. Romanet (1980) précisera qu'avec « les petits enfants débiles » on pouvait faire des rondes ou des jeux chantés, avec les hommes des chants relatifs aux soldats et à leur vie pendant la guerre, car nous l'avons évoqué les malades y étaient sensibles.

En outre c'était une guerre récente qu'ils venaient, sous différentes formes, de vivre parfois comme militaire ou résistant. Même dans le pavillon des grands agités précisera-t-elle, cela permettaient au moins de capter leur attention.

¹⁸⁸ G. Daumézon disait une ambiance propice au vivant et F. Tosquelles propice à la convivance, le vivre ensemble.

Cette notion d'intérêt, pierre angulaire des bénéfices escomptés lors de la réalisation d'une activité, revêtait pour G. Daumézon une importance capitale, à l'égal de celle qu'E. Claparède (1931) lui accordait dans le champ de l'éducation.

Ce dernier postula en effet que l'éducation était une adaptation progressive et il fera reposer sa conception de cette évolution dynamique de l'éducation sur l'idée fondamentale que ce processus s'élaborait à partir de l'existence d'un intérêt chez la personne¹⁸⁹.

Il partagera cette idée avec les tenants de l'éducation nouvelle et de la pédagogie active et en l'occurrence en ce qui nous concerne, avec G. Daumézon.

On ajoutera dans ces conditions que G. Daumézon, et il se réfèrera en cela explicitement à J. Dewey (1925), tout en se différenciant en même temps sur ce point d'E. Claparède, prendra à son compte la notion de « l'attitude laborieuse » du premier pour considérer et cela vaudra pour toutes les activités qu'il mettra en place, que ce n'était ni la dimension ludique de ce qui était proposé, ni l'effort productif qui représentait un intérêt en eux-mêmes, mais la mise en action qui relevait du sujet.

En ce qui concerne le soignant éducateur, l'infirmier pour G. Daumézon, ce n'était donc pas tant l'activité en elle-même qui comptait, ni sa nature, mais la relation qui s'installait entre le malade et cette activité.

Ce n'était pas le produit fini qui importait dans une activité, mais tout ce qui s'était passé pour le malade lors de sa réalisation et cela était vrai tant au niveau individuel que collectif.

Il n'est donc pas utile et pourtant cela était souvent le cas à l'époque, qu'un objet produit lors d'une activité, soit le plus beau possible, afin d'être vendu lors des expositions organisées pour présenter ce que les malades avaient réalisé en atelier, souvent d'ailleurs c'étaient des infirmiers eux-mêmes qui avaient fortement contribué à cette production.

L'important pour G. Daumézon c'était ce qui relevait du sujet, de son intérêt personnel et non ce qui lui aurait été imposé de l'extérieur, principe par ailleurs premier de l'école active et de celle de l'activité¹⁹⁰.

¹⁸⁹ Cette sphère des intérêts reposera ensuite elle-même sur des besoins inextinguibles chez l'homme qui en constituent les substrats et qui alimentent ces intérêts à partir du moment où ils sont interpellés et sollicités, car : « tout besoin tend à provoquer les réactions propres à le satisfaire (et l'intérêt qui en résulte dicte toute conduite) c'est à dire que toute action consiste à atteindre la fin qui nous importe au moment considéré » (Maury, 1988, p.50).

¹⁹⁰ On peut admettre selon J. Piaget que : « la vie de l'esprit est une réalité dynamique, l'intelligence une activité réelle et constructive, la volonté et la personnalité des créations continues et irréductibles » (1969, p.213).

D. Hameline précisera : « Si l'intérêt est le ressort de l'éducation, celle-ci n'est pas d'abord affaire de châtement, ni même de récompense, mais l'adéquation entre ce qui est à faire et le sujet qui le fait » (1993, p.168).

G. Daumézon aurait sans aucun doute partagé l'énoncé cette équation et n'aurait pu mieux dire.

Rien ne doit être obligatoire avançait souvent G. Daumézon, en matière de mobilisation des patients par la médiation d'activités et tout doit reposer sur le socle de son intérêt. Il ira jusqu'à prescrire que lorsqu'une activité fonctionnait trop bien, il fallait en changer, car ses effets mobilisateurs potentiels s'étaient alors sédimentés, de la même façon sans doute que la routine s'était emparée de ceux qui animaient cette activité.

Le soignant « éducateur » devant rester un « stimulateur d'intérêt » comme nous l'avons montré précédemment en exposant la façon dont naissaient les projets d'activités.

2-4-3-3. La fin du stage

Le stage des infirmiers, accompagnés d'un instructeur, ici S. Romanet pour le chant et la danse se terminait par une grande manifestation, très souvent ouverte à un public extérieur à l'hôpital, ici un grand bal.

Il y avait le plaisir de chanter et de danser, mais cela permettait aussi, à partir de danses collectives souvent simples, de se rencontrer, de se socialiser dirait-on plus techniquement, d'établir des contacts physiques concrets en se tenant par la main par exemple, de se choisir et de choisir, de parler, d'éprouver, de ressentir des émotions et de percevoir qu'elles étaient partagées par l'autre.

S Romanet dira : « La salle était pleine ! On était venu de tous les services : malades, infirmiers, infirmières, internes, médecins, le Dr Daumézon et sa famille, l'économe, le personnel administratif. Je n'en croyais pas mes yeux et j'aurais embrassé tout le monde, n'était ce ma réserve naturelle » (1980, p.30).

Plus tard elle reprendra des fonctions d'institutrice et de secrétaire de mairie, tout en restant à jamais marquée par ces expériences, cette vie revenue dans ce qui n'en avait même plus l'apparence, marquée aussi par tous ces soignants qui l'avaient permis et plus que tout par un homme qui avait fait de ce droit à la vie des plus humbles et des plus oubliés de tous, le

cœur de ses démarches, de ses combats et ce qui serait la cause pour lui de nombreuses désillusions aussi, nous le verrons très bientôt.

2-4-3-4. Conclusion

G. Daumézon initiera encore en 1963, une collaboration avec l'association régionale toscane des CEMEA et un premier stage se déroula dans la ville italienne de Livourne, puis H. Chaigeau constata qu'il prenait un peu à la fois ses distances avec cet organisme, ses derniers stages selon elle remontant à 1966 (Chaigneau, 1980 ; Mori, 1980a).

Elle suggéra que G. Daumézon (1974), qui le reconnu lui-même, n'avait pas pensé que du bien de l'évolution de ces stages, de plus en plus entrés dans le conformisme de demandes institutionnelles plus ou moins stéréotypées.

Elle y voyait aussi les effets de certaines conséquences des événements de 1968 : début de l'époque d'une institution psychiatrique devenue pour beaucoup le « mauvais objet » à éliminer plus qu'à traiter.

Enfin on remarquera que G. Daumézon participa avec G. Le Guillant à la création en 1954 de la Revue VST (*Vie Sociale et Traitements*) dont le premier exemplaire en décembre de la même année s'appelait *Bulletin du personnel des Etablissements de soins pour malades mentaux*, G. Daumézon y avait rédigé un article sur le Noël des infirmiers, en 1958 cette revue comptait déjà 5000 abonnés.

Pour en terminer, cette collaboration de G. Daumézon avec les CEMEA s'estompa donc un peu à la fois non sans avoir été auparavant, à son corps défendant, le prétexte à une véritable passe d'armes intellectuelle lors des événements que l'on regroupa et que l'on présenta sous le nom des « rencontres de Sèvres », que nous allons maintenant aborder.

PARTIE IV :
LE TEMPS DES COMBATS
ET DE L'HERITAGE (1952-1979)

CHAPITRE 1. LE TEMPS DES COMBATS

1-1. LES RENCONTRES DE SEVRES

Cette collaboration avec les CEMEA, que nous venons de relater, ne sera pas sans avoir des prolongements très importants dans le champ de la prise en charge de la maladie mentale et s'inscrira dans le fil des actions initiées depuis les Journées psychiatriques nationales de 1945 et 1947, qui se proposaient de renouveler l'institution et les soins psychiatriques.

Le groupe du Dr Batia (ensemble en basque), comme se firent appeler ceux qui en furent à l'origine, s'en était fixé la mission, il comprenait en particulier : J. Ajuriaguerra, P. Bernard, L. Bonnafé, H. Duchêne, H. Ey, S. Follin, P. Fouquet, J. Lacan, L. Le Guillant, F. Tosquelles et G. Daumézon.

Selon J. Ayme (1980), c'est G. Daumézon qui réactiva ce groupe en l'ouvrant à la nouvelle génération et le 26 mars 1957 il adressait un courrier à ceux qui avait été concernés, ou qui avaient fait montre d'un intérêt pour les stages organisés par les CEMEA :

« Mon cher ami. Voici sept ans qu'avec Md. Le Guillant nous organisons des stages de perfectionnement destinés aux infirmiers des hôpitaux psychiatriques. Cette forme d'enseignement et d'action a pris naissance en 1949 alors que quelques établissements tentaient, par l'introduction d'une vie sociale dans le vieil asile, de rompre la fatalité de certaines structures aliénantes (mais ajoutait-il) [...] l'utilisation par des médecins et par des administrateurs, qui ne participent pas à nos perspectives de stage et de leur enseignement, donne lieu souvent à des résultats aussi aliénants que ne l'était l'asile traditionnel » (Daumézon, cité par Ayme, 1980, p.4).

Comme nous l'avons précisé précédemment les stages proposés permettaient des acquisitions techniques et de savoirs faire instrumentaux, sous la forme d'initiation à la mise en place d'activités et d'ateliers, mais surtout ils suscitaient une réflexion active sur la maladie mentale en elle-même et sur l'environnement hospitalier, dans et par lequel elle s'exprimait.

La nature des relations de proximité entre les malades et les infirmiers se transformait alors radicalement, ce dernier n'étant plus systématiquement considéré comme un gardien mais comme un soignant.

Les uns et les autres se découvraient différemment dans un vivre ensemble qui semblait désormais le permettre.

L'institution par contre n'évoluait pas au même rythme, pour ne pas dire que bien souvent elle ne souhaitait aucunement changer et voulait bien souvent juste conserver les mêmes modalités de fonctionnement, celles-là mêmes qui étaient de plus en plus contestées et réfutées par les personnels nouvellement formés.

Cela entraîna très fréquemment des résistances de l'encadrement infirmier, mais aussi d'un certain nombre d'infirmiers eux-mêmes et de médecins, sans parler des personnels de Direction.

G. Daumézon avait estimé qu'il était maintenant nécessaire de faire le point sur ce qui était en train de se passer, au risque sinon d'altérer les bases même du projet de formation et de transformation des soignants qui avait été mis en place (Honoré, 2003).

Cette démarche par ailleurs rencontra un succès notable qui le conduisit, le 18 Novembre 1958, à écrire au Ministre de la Santé publique pour solliciter des financements afin de payer les stages CEMEA, qui déjà atteignait le nombre de quinze (Daumézon, 1980).

A la suite de l'invitation de G. Daumézon six réunions eurent lieu au total, la première le 26 mai 1957 et la dernière le 27 avril 1959, elles se déroulèrent au Centre pédagogique de Sèvres, car il souhaitait que cela se fasse en dehors d'un établissement psychiatrique, dans un espace professionnellement plus neutre.

Ces rencontres duraient fréquemment une journée entière, le dimanche et regroupaient des psychiatres des hôpitaux ou exerçant en privé, des psychanalystes, des instructeurs des CEMEA et quelques infirmiers.

Ce qui devait être une mise au point et ne faire l'objet que d'un bilan devint vite un débat et un questionnement professionnel intense sur les tenants et les aboutissants de ce que pourrait être l'avenir de tels stages et de ce qui y était ou pourrait y être enseigné.

Deux axes principaux se dégagèrent des réflexions et des échanges, qui furent parfois houleux, car si le premier axe qui était celui de la mise en place de ce qui deviendra la politique de secteur ne fit pas l'objet de controverse, ce ne fut pas du tout le cas au sujet du

second point à l'ordre du jour, qui concernait la participation des infirmiers à la psychothérapie et le fait de savoir plus particulièrement si on pouvait qualifier ce professionnel de psychothérapeute.

Les difficultés vinrent surtout des tenants du modèle psychanalytique et certains psychiatres allèrent jusqu'à dire que le personnel infirmier, déjà fragilisé mentalement par le contact quotidien avec les malades, s'il se mettait à « faire de la psychothérapie », ne supporterait pas la confrontation à des notions de pulsion, de conflit ... qu'il était dangereux de manipuler si l'on avait pas de connaissances suffisantes en la matière. Ils supposaient en même temps que la psychothérapie se réduisait aux approches psychanalytiques.

G. Daumézon résista et répliqua que l'on abusait jusqu'à le galvauder de ce terme de psychothérapie, trop souvent utilisé par le médecin, pour parler en fait de l'influence qu'il avait et qu'il exerçait sur le malade, du fait de sa fonction d'autorité et de pouvoir.

De la même façon J. Oury rétorqua qu'il ne s'agissait que d'une simple technique médicale dont il ne fallait pas exagérer le rôle et les effets et F. Tosquelles argumenta qu'à St Alban, hôpital psychiatrique où il exerçait, existaient déjà des psychothérapies de groupe où l'on associait systématiquement un infirmier.

Mais rien n'y fit, d'autant qu'ils ne reçurent pas, ce qui pouvait être envisagé, le soutien de L. Bonnafé, sans doute à cause de raisons idéologiques (Tosquelles, 1967 ; Oury, 1975), les infirmiers ne seront donc pas considérés comme des psychothérapeutes en puissance et donc pas formés en conséquence.

Pour certains d'ailleurs et cet argument provoqua la colère de G. Daumézon et de J. Oury, cela n'aurait guère été possible car on laissait clairement entendre qu'il n'en avait ni le niveau, ni les capacités.

Ce seraient presque leur rendre service, fut-il avancé, de ne pas les extraire de leur condition qui était, cela était clair, de n'être qu'un personnel d'exécution, ce à quoi J. Oury répliqua qu'il s'agissait là d'une insulte inadmissible portée à toute une profession.

Pour H. Torrubia (1975) les dissensions avaient éclaté car le groupe des psychiatres qui étaient présents n'était pas homogène, il y avait en effet selon lui une génération plus ancienne : P. Sivadon, G. Daumézon, L. Bonnafé... et une plus jeune, qui n'avait ni le même

passé, ni le même vécu que celle qui exerçait déjà pendant la Seconde Guerre mondiale, il s'agissait par exemple de : P. Koechlin, P. Bailly-Salin...

F. Tosquelles sera du même avis, mais en ciblant son propos sur l'influence que certains psychanalystes eurent pendant ces rencontres, surtout S. Lebovici et R. Diatkine :

« Sèvres, dit-il, a été la conséquence de l'échec du groupe Batia qui s'est réuni peu après la Libération, c'est les retrouvailles. La psychanalyse, poursuit-il, est présente dans l'institution mais au titre du moi et sur un acte particulier [...] pour moi et Bonnafé le changement c'était les infirmiers [...] c'est les psychanalystes qui devaient faire leur transformation [...] S. Follin et L. Le Guillant étaient ambigus, Bonnafé plus ouvert. On y allait, termine-t-il, plutôt pour se bagarrer, spécialement, Oury, Torrubia...et moi aussi, contre les techniciens ou plutôt les technocrates psychanalystes, on disait qu'il fallait s'intéresser aux ouvriers de la psychiatrie, que la psychothérapie était vraiment l'œuvre de tous [...] avec les communistes c'est toujours pareil, ils nous mettent à la porte mais on peut revenir et travailler avec eux » ([1967], 2009, p.156).

Ce qui ne semblait pas pour lui être le cas avec certains psychanalystes beaucoup plus obtus, J. Oury leur en voudra particulièrement.

Ce dernier sera également sévère à l'encontre des communistes et en particulier L. Le Guillant et L. Bonnafé et leur fera endosser la responsabilité de l'échec partiel de ces rencontres, puisque la question du développement envisagé de la politique de secteur hors les « murs de l'hôpital » ne posa pas de problème, il écrira plus tard :

« Tosquelles avait emmené des infirmiers, puisqu'on parlait de la participation des infirmiers, ça s'est gâté à la dernière réunion, je ne me rappelle plus pourquoi et Daumézon, qui avait été l'organisateur du groupe, a ramassé sa serviette sur la table et est parti, Bonnafé lui a dit (en vain) : reste tranquille ! ne t'en va pas ! et c'est lui qui a repris le truc » (Oury, 1975, p.157).

En ce qui concerne par ailleurs les réticences de certains psychanalystes et en particulier S. Lebovici et R. Diatkine, à ce que l'on puisse qualifier les infirmiers de psychothérapeutes, J. Oury les expliquera en mettant en avant qu'il y avait avec les générations précédentes une différence de classe et de formation, car les plus jeunes avaient été formés à l'hôpital et les plus anciens, tel qu'il se considérait, à l'asile, ce qui pour lui était extrêmement différent.

En fait, si on poursuit sa pensée, certains étaient venus aux rencontres de Sèvres pour manipuler un groupe compte tenu de raisons idéologiques, appréciation que G. Daumézon partageait et il en voulait particulièrement à L. Bonnafé : « (si) Le Guillant, dira-t-il, tâit le tragique de sa position, Bonnafé plus rusé nous a coulé et a détruit le travail que l'on faisait depuis des années, les syndicats nous ont étrillé en nous traitant de corporatistes » (*Ibid.*, p.156).

L'objet même des stages CEMEA, qui avait fait que G. Daumézon avait mis en place les rencontres de Sèvres, fut également abordé et alimenta la critique.

L. Le Guillant argumenta que les stages, s'il n'était pas question de les remettre en cause, ne devaient être que techniques et qu'il fallait en rester aux stages de base déjà bien rodés : « il me semble souhaitable, ajouta-t-il, que les instructeurs, quant à eux, se tiennent sur le plan qui leur est habituel » (1958, p.429).

Pas d'initiative donc et chacun à sa place, il n'était pas le seul des médecins psychiatres à le penser.

L. Bonnafé qui avait conscience d'avoir été mis en cause lors de ces rencontres résuma ce qui s'était passé à une focalisation sur la psychanalyse et prudent précisa qu'il s'était volontairement mis en dehors des états de tension des uns et des autres et des querelles d'influence pour savoir qui aurait le pouvoir : « La liquidation de Sèvres, reconnut-il, a entraîné l'amertume de beaucoup, de ceux qui l'ont vécu comme la rançon de conflits personnels, ce n'était pas mon cas je ne voulais pas m'engager dans un ensemble de relations que je ne maîtrisais pas » (Bonnafé, 1975, p.160).

Ces rencontres de Sèvres laissèrent des traces profondes d'amertume et d'inimitiés entre les membres du corps médical et entérinèrent pour le futur, le congrès d'Auxerre en 1974 en sera la démonstration flagrante, la nette séparation entre ce corps médical dans sa majorité et celui des infirmiers, qui était en voie de constitution afin de se donner les moyens de contester l'état de dépendance et de domination dans lequel il était maintenu et qu'il commençait à ne plus supporter (Krzyzaniak & Miribel (de), 2016).

La distance sera tellement grande entre certains psychiatres dira J. Oury que lors de la mise en place du GTPSI (Groupe de travail de psychothérapie et sociothérapie) en 1960,

fondé avec H. Chaigneau et P. Koechlin : « on a choisi des gens qui viendraient. Il y avait : Tosquelles, Ayme, Chaigneau, etc. Donc il y avait là une prise de position » (1975, p.159).

En 1958, ajoute-t-il, c'est pareil on a essayé de créer : « une amicale des infirmiers [...] en février il y a eu deux réunions, Bonnafé est venu [...] il est intervenu cela a cassé le mouvement, on nous a accusé de corporatisme » (1999, p.50).

F. Tosquelles lui-même voulait organiser « quelque chose » autour de la psychothérapie institutionnelle et il essuya le refus de certains de ses collègues, là encore à cause, selon lui, de ce qui s'était passé à Sèvres.

On était loin alors de l'idée et de l'intention de départ de G. Daumézon et il ressortait profondément déçu de tout cela, sur le fond et sur la forme.

Désormais en effet il n'était plus question d'envisager la possibilité d'une fonction psychothérapique de l'infirmier et de la formation qui aurait pu en résulter pour ce faire et en outre les dissensions nettes entre psychiatres lui avaient plus semblé être dictées, comme il le déplorait bien souvent, par des positions partisans et idéologiques, plus que par des différences de points de vue, dans une aspiration générale qui aurait été résolument réformatrice du corps professionnel des infirmiers.

Difficile de soutenir qu'il ait été surpris par la tournure des événements, car il faut se souvenir que s'il avait initié ces rencontres, c'est justement compte-tenu des résistances qui s'exprimaient, sur la possibilité de mobilisation effective des apports que les stages auraient pu produire et sur les effets qui en résultaient, en allant bien au-delà de simples acquisitions techniques.

Le but était resté le même pour G. Daumézon, afin de rénover l'hôpital et d'éviter les mécanismes d'aliénation qui s'y produisaient, on devait transformer ceux qui s'y trouvaient, afin de modifier les relations entretenues par les acteurs et la nature de leurs interactions, les uns avec les autres.

Mais cette conviction n'était pas partagée par tout le monde, et s'il avait pensé réactiver, lors de ces rencontres, un groupe dont il imaginait que ses membres partageraient avec lui cette volonté et ces options transformatrices radicales de l'hôpital psychiatrique, cela ne fut pas le cas.

Il s'était trompé et les querelles de chapelles idéologiques furent plus fortes que cet objectif réformateur qui était pour lui prioritaire.

Surtout, une nouvelle génération de psychiatres qui participaient à ces rencontres ne partageait plus ces options qui avaient vu le jour pendant et juste après le second conflit mondial, ce sera aussi l'avis de J. Oury et de H. Torrubia, nous l'avons évoqué.

Le Dr J. Bieder, qui connut G. Daumézon et qui était au fait de ce qui s'était passé à Sèvres, dira :

« Il pensait pourtant avec force et conviction pendant les rencontres de Sèvres qu'à partir du moment où il (l'infirmier) est dans l'hôpital, il est un des éléments de changement du milieu donc il est thérapeutique, il n'est pas qu'exécutant [...] Il n'était dans aucun groupe, peut-être juste compagnon de route, je ne sais pas qu'elle était sa nuance, son appartenance [...] D'un côté les psychanalystes étaient très puissants, Jean Oury c'était le représentant du clergé psychanalytique, c'était comme un gourou [...] et de l'autre côté Le Guillant (groupe communiste) a aussi été très puissant pendant une certaine période, de la fin de la guerre à l'épisode des Blouses blanches en URSS, Bonnafé, Tosquelles aussi » (Bieder, entretien avec Krzyzaniak, 2012).

Le problème d'après lui c'était que G. Daumézon n'était identifié dans aucune mouvance, ni psychanalytique, ni communiste.

J. Ayme confirmera d'ailleurs ce non marquage politique de G. Daumézon : « Daumézon ne s'est jamais engagé politiquement. Il est toujours resté à l'écart, avec une grande prudence politique » (Minard & Tosquellas, 2007).

Dans ce contexte G. Daumézon, pris entre deux feux mais avec humour tout autant qu'avec dépit proposa à l'issue de ces rencontres : « Avec Tosquelles nous allons créer le PPF : le parti psychiatrique français [...] nous prendrons plutôt Madame Le Guillant que Monsieur, il était un peu allergique à l'aspect un peu scout des stages, et même ajoutera-t-il, s'il a fait un peu son autocritique (politique) » (1975, p.153).

Blessé sans doute, profondément déçu c'est certain, G. Daumézon continua toutefois à faire preuve de la même tolérance dans le respect de l'avis d'autrui puisque l'un de ses principaux contradicteurs psychanalystes, R. Diatkine, travaillait avec lui.

J. Oury constatera et confirmera plus tard : « il y a eu une prise de position très aigüe à Sèvres au sujet de la participation des infirmiers à la psychothérapie et une altercation avec R. Diatkine qui travaillait régulièrement à Ste Anne avec Daumézou » (1999, p.49).

En conclusion on peut également avancer que les résultats des travaux effectués lors des rencontres de Sèvres eurent une incidence certaine sur la mise en place de la sectorisation psychiatrique, ne faisant plus de l'établissement hospitalier *a priori* l'élément majeur et déterminant de la prise en charge psychiatrique.

Ils contribuèrent aussi et on doit en cela beaucoup à G. Daumézou, à l'émanation d'un nouveau programme de formation des infirmiers de secteur psychiatrique, plus tardivement toutefois, en 1973¹⁹¹.

Sa teneur était loin néanmoins de correspondre, nous l'avons évoqué, aux intentions initiales de G. Daumézou (1974), à un point tel que peu après la sortie de ce programme il ne trouva même pas nécessaire de le commenter.

Beaucoup de combats déjà avait eu lieu pour lui et il en résultait au moins deux déceptions cuisantes : en 1951 lorsqu'il perdit sa fonction de Médecin Directeur et l'autonomie qui allait avec et Sèvres dont nous venons de parler.

Un peu à la fois par ailleurs il prit ses distances avec les formations dispensées par les CEMEA, faisant le constat que les stages ne correspondaient plus, ou de moins en moins, aux objectifs qui étaient initialement les leurs.

La raison en étaient sans doute selon lui qu'ils s'étaient progressivement imprégnés d'une culture hospitalière psychiatrique qu'ils n'avaient pas auparavant lorsqu'il avait initialement souhaité collaborer avec eux, vraisemblablement le phénomène d'institutionnalisation avait joué et récupéré, intégré et normalisé pour une bonne part ces stages CEMEA (Authier & Hess, 1994).

« Hormis, dira-t-il, le secteur limité de la manipulation des traitements biologiques, l'infirmier n'a que peu à faire du discours médical. A l'inverse, le discours sociologique voire politique est aussitôt entendu car il analyse les relations entre les classes de la société dont l'asile donne une image grossière ; c'est d'ailleurs une voie d'abord de cet ordre qu'avaient adoptée les Centres d'Entraînement aux

¹⁹¹Programme des études d'infirmiers de secteur psychiatrique arrêté du 16 Février 1973, publié au J.O du 27 Février 1973.

Méthodes d'Education Active avant que d'être...entraînées dans le néant de la proclamation de l'écoute et de l'agitation néantissante » (Daumézon, 1974, p.719).

Ce n'est que bien plus tard lors d'un congrès qui eut lieu en 1974 à Auxerre que G. Daumézon explicitera dans le détail sa pensée sur ce que l'on aurait pu faire en matière de formation des infirmiers.

1-2. LE CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE D'AUXERRE DE 1974

1-2-1. Le savoir du quotidien

Ce congrès dont le thème était : « Rôle et formation de l'infirmier psychiatrique » se déroula au mois de septembre 1974, il permettra à G. Daumézon, qui le présidait, de présenter explicitement ce qu'il entendait de la formation et d'une éventuelle spécificité du savoir infirmier.

Il reviendra également sur le choix qu'il avait fait de sa collaboration avec les CEMEA et ce faisant il évoquera, en l'éclairant davantage, ce qui pour lui s'était passé lors des rencontres de Sèvres.

Rappelons également qu'il n'a jamais eu d'approche générale en la matière et qu'il a fallu ici reconstruire, pour la formaliser, une pensée d'ensemble à partir d'articles, de conférences, d'entretiens, voire d'échanges informels, qu'il a pu avoir sur la question.

En ce qui concerne la formation des infirmiers dira-t-il : « Notre tentation constante, (des médecins) est d'apporter nos instruments, mais la relation de classe aggravant encore les choses, nous obstruons les possibilités de l'infirmier » (*Ibid.*, p.720).

En effet, précisait-il, la formation de l'infirmier de secteur psychiatrique doit remplir, compte tenu de ses tenants et de ses aboutissants, deux conditions qui n'ont rien à voir avec un enseignement d'inspiration médicale.

D'abord, elle doit s'élaborer dans le milieu même de l'exercice professionnel « où le savoir s'échange et se développe » et en conséquence on pourra déterminer les moyens pédagogiques qui lui permettront de se réaliser.

Ces moyens prendront surtout la forme d'une réflexion et d'une analyse des pratiques, tout en prenant en compte une approche de la dimension existentielle, puisque l'infirmier vit avec le malade et non le médecin.

Ensuite en ce qui concerne le milieu (l'environnement) et la connaissance que l'on doit en avoir, son importance est première et il conviendra strictement au titre de l'apprentissage de travailler sur les pratiques et les échanges qui s'y effectuent par la médiation d'activités.

C'est l'endroit précisait-il : « où la matière peut (alors) être traitée commodément ; c'est dans *l'atelier*, (italiques par G. Daumézon) là où la parole et l'échange permettront d'avoir une approche réflexive et partagée sur la pratique et où se construisent et se transmettent les savoirs » (*Ibid.*, p.720).

A cet égard il sera donc pour lui essentiel que des infirmiers plus anciens puissent venir et évoquer leur expérience avec les plus jeunes tout en en permettant le questionnement, car il ne s'agissait pas d'un simple transfert mais d'un partage d'expérience.

« Roumieux¹⁹² (un infirmier), dira-t-il en le citant, nous marque bien dans son livre qu'il n'a rien appris du médecin et que tout l'enseignement lui a été fourni par ses collègues » (*Ibid.*, p.720).

A. Roumieux écrira lui-même :

« Nous les infirmiers nous étions huit heures par jour au milieu des malades. Lui le médecin, venait au quartier une heure tout au plus et restait au bureau. Il ne vivait pas à l'intérieur du quartier. Les draps sales, la surveillance, les bagarres, c'était notre affaire. Par une sorte de vassalité établie en fonction de son savoir, et de son pouvoir, nous lui devions obéissance...et respect...Je n'y pouvais rien s'il était médecin et moi infirmier. Il faisait partie de la catégorie des médecins de la manière aussi absolue que Jacques H. faisait partie de la catégorie des malades mentaux et que moi je faisais partie de celle des infirmiers » (1974, p.72).

¹⁹² A. Roumieux, à qui notamment G. Daumézon dispensa un certain nombre de cours, est l'un des premiers infirmiers psychiatriques à avoir publié, en particulier : *Je travaille à l'asile d'aliénés* en 1974 et *La tisane et la camisole. Trente ans de psychiatrie publique* en 1984.

Pour G. Daumézon ce qui valait pour la formation des infirmiers pouvait aussi s'appliquer à celle des médecins et dans un texte de juin 1968, relatif à la formation des psychiatres, il écrira que les salles de cours n'ont jamais « fait » la formation.

On remarquera qu'il ne parlait presque jamais de connaissances théoriques mais d'informations et tout en les reconnaissant toutefois comme nécessaires et utiles, il préféra plutôt valoriser la place de l'expérience en formation : « La formation, dira-t-il, doit inclure la sensibilité à l'écoute du malade et la maniabilité du personnage, la perspicacité, en fait l'intuition et non une approche purement analytique, il faut donc développer : le flair du pathologique, le flair de l'humain et le flair du social » (1968a, p.20).

A cet égard, ajoutera J-P. Pierron (2014), le « sens clinique » qu'il convient de distinguer de la « clinique » résulte pour un médecin dans l'art d'interpréter les signes et ne relève pas d'une théorie mais d'un « agir », d'une disposition sensible.

Cela se caractérise surtout en psychiatrie par l'écoute et le récit, afin de ne pas prendre en compte uniquement l'identification d'une maladie, naturalisée au sein d'une catégorie, mais de considérer comme principal, à partir d'une approche anthropologique et culturelle, la biographie d'une personne.

Il ajoutera : « le sens clinique c'est aussi un moment où l'homme souffrant fait entendre sa plainte et où, entendue, cette plainte va entrer dans un monde de dispositions (théories, pratiques soignantes) et de dispositifs (les techniques thérapeutiques) » (2014, p.39).

On retrouvera chez G. Daumézon cette préoccupation constante de considérer comme essentiel le moment et le lieu de l'expression de cette plainte, ne s'exprimant que peu souvent, selon lui, dans le périmètre formel d'un bureau et d'un entretien médical.

Il attachera la même importance à essayer de prendre en compte la dimension de l'immédiateté de cette expression, qui ne s'exprime très fréquemment, si ce n'est exclusivement, que dans le registre du quotidien des malades. Cela expliquera l'importance qu'il accordera aux infirmiers, les plus proches à le partager avec eux.

La pratique psychiatrique postulait-il n'est jamais que la prise en compte scientifique de ce qui relève avant tout, de façon souvent peu prévisible, d'une dimension sensible de la vie.

Encart N° 9 : Cette dimension de la relation entre la formation et le quotidien fut abordée par un infirmier diplômé en 1963. Le discours parfois heurté, haché témoigne de la difficulté (ressentie à l'entretien) à cette évocation d'un apprentissage se différenciant des façons de faire actuelles (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« Pendant mes études, tous les jours il fallait faire un rapport sur une pathologie [...] Mr. Untel comment on le percevait, alors c'était lu ou pas ? On n'en savait rien.

Moi j'ai encore mon bouquin, comme ça avec moi, mais s'était pas analysé, je l'ai relu il n'y a pas tellement longtemps, j'ai dit « c'est c... ça veut rien dire en plus ».

On avait ce cahier de transmissions aussi, c'était un truc extraordinaire, la date, le truc, le nom de l'équipe etc. Et il fallait noter les événements, mais j'avais un médecin il marquait (toujours) RAS (rien à signaler), alors non, il s'est passé des tas de choses, mais il ne les avait pas vues.

(Aujourd'hui, lorsqu'on) « cible » les transmissions ça veut dire qu'on se concentre sur les événements qui sont primordiaux et qui vont pouvoir améliorer le traitement ou la pathologie de la personne à travers (son) évolution etc.

Alors c'est intéressant, si c'est suivi, mais aujourd'hui je crois que c'est banalisé, ce qui fait qu'on n'y retrouve pas grand-chose de la réalité du quotidien du malade et de fait : de son temps d'hospitalisation [...].

En plus tout est réduit à l'extrême alors ! Après ça, quelle coordination il y a entre la transmission ciblée lorsque tu as un accès aigu et celle quand tu te retrouves dans un CATT¹⁹³, comment est-ce qu'on fait ce passage là et où sont toutes ces transmissions ?

Est-ce que c'est-pas inquiétant aussi. Moi ce que je faisais comme reproche aux stagiaires quand je les avais dans le service, c'est (que) quand j'arrivais je les voyais souvent dans le bureau en train de compulser les dossiers et tout ça, c'est bien, mais ce n'est pas ça le travail.

(Je leur disais) : « vous fermez ça et vous allez dans la salle et puis vous allez les voir. Déjà dire bonjour aux gens ça me semble important, moi je le faisais, tous les jours j'allais dire bonjour à tout le monde, dans tous les services.

¹⁹³ Un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATT^P) est une structure intermédiaire extra-hospitalière de prise en charge soignante psychiatrique définie par l'Arrêté du 14 Mars 1986. Le patient dit « stabilisé » (qui n'est plus en phase de crise et dont l'état le permet) vient y participer de façon ponctuelle (une demi-journée par semaine par exemple) à des ateliers et des activités (d'habiletés sociales : confection d'un repas, usage de l'informatique... physiques ou culturelles, intra ou extra-muros) devant favoriser sa réadaptation et/ou sa réinsertion sociale.

Ce n'est pas parce que je le faisais qu'ils devaient le faire, ce n'est pas ça, (mais c'est plutôt) : « ils ne parlent pas, ils ne regardent pas ». (Hors) demain il (le soigné) va venir te trouver en disant « vous avez l'heure M. X ? » ou te demander un truc et c'est peut-être là que ça va enclencher une relation et c'est comme ça qu'on fait, c'est-pas uniquement au travers ce que tu vas lire.

Parce que si tu es en 1^{ère} année qu'est-ce que tu vas comprendre sur sa pathologie ? Oui il délire, il a tué sa sœur ou autre chose [...], oui tu vas le lire, mais qu'est-ce que ça va te donner : rien.

Je pense (qu'il faut) que tu parles avec lui, écoutes-le, tu vas voir que peut-être ce qu'il dit c'est étrange, il y a quelque chose qui ne va pas dans son attitude, son comportement, son langage, etc. Et c'est ça qui va te permettre de découvrir les pathologies.

Si tu fais pas ça tu es dans la lecture uniquement et puis derrière t'es aussi dans la crainte et dans l'angoisse parfois parce tu dis « comment (la personne) je vais l'aborder ? », [...] il faut aussi qu'on se confronte à la pathologie, si on ne le fait pas on passe à côté de choses qui sont importantes [...] Comment on va pouvoir l'aider si on veut qu'il puisse sortir dans de bonnes conditions, le sortir de l'isolement etc. Faut connaître tout ça et tout n'est pas notifié [...].

Les gens (les malades) dans certains lieux ils vont pouvoir être expressifs, souvent les familles elles disent : « ah mais je ne le connaissais pas comme ça, comment il fait ça, il fait des dessins, il n'en faisait jamais à la maison ». Tu vois il y a des choses que les familles ne savent pas, et pour le personnel si on ne pousse pas les gens dans certains retranchements, sans les harceler bien sûr, et bien on ne va pas découvrir ces choses-là, c'est un peu malheureux [...]. Ce qui te permet ça c'est aussi la culture professionnelle que tu as acquise, les gens que tu as rencontrés, tout ce que tu as pu emmagasiner aussi [...].

Moi, je crois que c'est ça, c'est notre acquis. Puis il y a ce que tu es toi, en fonction de ta famille, de tes origines, etc. C'est vrai que moi le monde psychiatrique je l'ai découvert. Un petit rappel, la première journée donc je l'ai passée dans un service d'épileptiques et à la fin de la journée j'ai dit : « non, non, je rentre chez moi, je ne reviendrai plus ».

La nuit j'ai vu les visages des (personnes) avec des casques... tout ça... j'ai pas dormi... j'ai dit s'est pas possible... je n'y vais plus... et puis le matin à 6h j'étais là, et ça ne m'a jamais (quitté) ».

1-2-2. Des idées formatives novatrices

La pratique de la formation qui primait pour G. Daumézon (1968a) pouvait s'apparenter à un art et il la comparait assez volontiers avec les façons de faire des compagnons, où ce qui comptait c'était « d'être avec l'autre », tout en créant ce faisant une situation possible d'apprentissage.

Ce qui était déterminant ce n'était pas dans ce cas l'objet de la formation en lui-même, mais le contexte dans lequel le formé se trouvait et qui permettait à l'action formative de se réaliser.

Souvenons-nous qu'il concevait déjà ainsi la démarche éducative et d'apprentissage lorsqu'elle était appliquée cette fois-ci aux patients.

Alors, même la prise d'un repas pouvait être un moment fécond de formation avançait-il avec conviction, de la même façon que les échanges des internes en salle de garde pouvaient notablement contribuer à leur formation.

Celle-ci devait donc se concevoir avant tout comme un processus actif et dynamique qui, en ce qui concernait les infirmiers par exemple, devait leur permettre d'accéder non à des seules connaissances professionnelles, qui plus est de nature médicale, mais à une véritable culture professionnelle.

Et à ce titre, il donnera des exemples concernant des enseignements que l'on pourrait dispenser aux infirmiers de secteur psychiatrique, compte tenu des tâches spécifiques qui étaient les siennes. On en soulignera la dimension novatrice, encore aujourd'hui.

L'un des moyens nouveaux qu'il convenait de mobiliser selon lui consistait, par exemple, à l'apprentissage d'une langue étrangère afin de mieux prendre en charge les patients étrangers (il exerçait alors à Paris), ainsi qu'à être initié à la culture des pays où elles étaient utilisées.

Ensuite on pouvait essayer de faciliter la maîtrise d'outils mathématiques modernes qui devaient permettre aux infirmiers d'aborder les ensembles dans lesquels ils vivaient avec les patients.

Enfin et plus encore il serait pertinent de permettre l'accès à : « des connaissances historiques avec leurs contenus qui sont de nature à fournir des références à la réflexion infirmière » (1974, p.721).

Au niveau de la formation des médecins il ne sera pas en reste et préconisera l'apprentissage de l'histoire là encore, car pour lui la psychiatrie n'était qu'histoire et plus que tout une formation à la sociologie était nécessaire, afin d'accéder à la compréhension des environnements sociaux dans lesquels se trouvaient le patient et qui pour lui étaient déterminants (Daumézon, 1968a).

Il précisera qu'il convenait pour cela d'avoir une véritable attitude phénoménologique :

« (Elle) peut donc se caractériser par une totale disponibilité à l'égard de ce qui apparaît et un souci permanent d'en respecter le sens original. Cette attitude s'applique concrètement, grâce à quelques thèmes fondamentaux qui aideront à en préciser la portée. Le premier thème, c'est la nature descriptive de toute connaissance originaire ; nous ne sommes pas la source de notre propre savoir et nous avons à l'apprendre du dehors » (Daumézon & Lanteri-Laura, 1995, p.216).

Apprendre aux soignants l'histoire, les mathématiques, la sociologie, des langues étrangères, mais aussi la philosophie, tout en sortant des salles de cours pour se former à partir du terrain, en favorisant les transmissions interactives et réflexives de savoirs surtout pratiques, tout en valorisant ceux qui étaient trans-générationnels, voilà quel était son projet pour la formation.

Toutefois il ne négligea pas non plus l'apprentissage des contenus administratifs (Bonnafé & Daumézon, 1945) car disait-il le médecin même par rapport à cette discipline doit rester l'interlocuteur privilégié de l'infirmier et non pas le préposé de l'administration et afin également :

« De ne pas faire une fonction principale du maintien de l'ordre administratif », il poursuivra aussi en homme d'expérience : « un surveillant qui constate des manques dans son inventaire aura forcément des ennuis ; on sait par contre la solidarité complice dont bénéficie les auteurs de telles graves fautes auprès des malades » (Bernard, Bonnafé, Daumézon & Oulès, 1956, p.636).

De façon générale enfin il reconnaissait, afin d'être à même de réaliser ces intentions formatives, un pouvoir très important à l'action et au vivant, dans des processus d'apprentissage se voulant dynamiques, féconds et transformateurs du sujet en lui-même et de ses relations avec son environnement institutionnel.

Voilà des dispositions et des intentions formatives qui étaient à l'époque où G. Daumézon les proposaient tout simplement visionnaires et révolutionnaires, pour ne pas dire subversives et selon L. Bonnafé (1980), nombreux furent ceux qui lui en firent le reproche.

Il en avait conscience et admettait que l'on était encore loin de tout cela, ne déniait pas d'ailleurs tout intérêt à la conférence magistrale, lorsqu'elle lui semblait utile et surtout bien faite, car très souvent estimait-il, ce n'était pas la dimension de la fonction magistrale qui faisait défaut mais le talent de l'intervenant.

1-2-3. La problématique des savoirs

Le savoir lié à des informations/connaissances est parfois important concédait-il volontiers et il ne concevait absolument pas que l'on puisse exercer la médecine, ou les soins infirmiers, sans avoir de solides connaissances relatives par exemple aux traitements médicamenteux et à leur usage, sous peine que cela ne soit une faute professionnelle, toutefois on aura compris que l'essentiel pour lui n'était pas là (Benoit, Dalle & Daumézon, 1977).

Il ajoutera un jour à cet égard que si :

« C'est la mode de contester le savoir psychiatrique comme le disent les « lecteurs de Michel Foucault » et que si on peut mettre à l'actif de ce dernier d'avoir permis de poser la question de savoir ce qu'est un savoir médical, on ne peut guère exercer le métier de psychiatre sans posséder des connaissances pharmaco-dynamique et connaître les pathologies organiques comme celles de l'esprit, ne serait-ce d'ailleurs que pour distinguer parfois l'une de l'autre » (Daumézon, 1968a, p.15).

Il poursuivra plus tard dans un autre article :

« La sociologie moderne, et je pense spécialement à E. Goffman, a analysé finement les déterminismes des conduites aliénantes qui s'instaurent obligatoirement chaque fois qu'une institution doit prendre en charge la totalité de l'existence de ses reclus. Les hôpitaux pour malades mentaux du XVIII^e siècle

n'ont pas échappé à cette règle ; nous savons du reste que leurs successeurs subissent hélas ! une involution analogue tant que des secousses ne viennent pas les ébranler. Nous touchons ici à une des servitudes spécifiques de toute entreprise psychiatrique qui eût pu fournir à Foucault une matière de réflexion fort riche. Mais il faudrait aussi s'attarder à une étude rigoureuse de la médecine de l'Age classique pour pouvoir mesurer ce qu'on pouvait espérer raisonnablement d'elle en face des problèmes qui lui étaient posés par le trouble mental » (1971a, p.233).

G. Daumézon ne contestera pas, nous l'avons plusieurs fois montré, les phénomènes de coercition aliénante qui étaient le résultat de certaines pratiques asilaires, pour ne pas dire toutes à un certain moment, moi-même dira-t-il : « j'ai vu des chaînes à l'Asile de St Dizier en 1949 » (*Ibid.*, p.237).

Il concluait :

« Le mouvement de critique de l'appareil d'assistance aux aliénés qui s'est développé il y a vingt-cinq ans consistait en une mise en cause radicale de la dégénérescence asilaire. Nous n'en renions rien si nous déplorons l'insuffisance de sa réussite [...] même si le travail de Foucault a contribué à ce que l'on prenne conscience des influences qui peuvent s'exercer sur l'aliéniste [...] chacun sait du reste que la négation du savoir psychiatrique est un lieu commun à force d'être un morceau de bravoure » (*Ibid.*, p.238 et p.239).

Par ailleurs et pour y revenir, le savoir infirmier, pour G. Daumézon, était fondamentalement et depuis toujours celui de la pratique, car depuis toujours également l'infirmier exerçant en psychiatrie avait pour fonction d'assister le malade dans la vie quotidienne, pendant que d'autres pour des raisons diverses ne voulaient ou ne pouvaient plus assumer cette fonction.

Selon lui le savoir de l'infirmier « somatique », celui qui s'occupait principalement des problèmes du corps, était né récemment à l'échelle de l'histoire et se trouvait directement issu de l'enseignement du médecin, auquel on avait ajouté le quotidien.

Le savoir de l'infirmier de psychiatrie, différemment, s'était constitué depuis très longtemps en se construisant directement avec le malade, dans un vécu commun.

Le médecin P. Pinel, ajoutait G. Daumézon, ne sait rien du malade et il s'inspirera de J-B. Pussin, considéré comme l'ancêtre de l'infirmier.

Fort de cet exemple, G. Daumézon n'hésitera jamais à tenir compte de l'avis de certains infirmiers, par exemple, pour se prononcer sur les aptitudes d'un interne à exercer en psychiatrie : « j'ai toujours vu ratifié par la vie, les jugements favorables ou défavorables portés sur les internes par les meilleurs infirmiers de l'équipe » (1968a, p.33).

Le savoir du vivant était toujours long à se constituer selon lui et il en alla ainsi du savoir infirmier en psychiatrie pour un personnel qui dans ses débuts et avant même de s'appeler infirmier ne savait ni lire, ni écrire, connaissant les mêmes conditions misérables que les malheureux qu'ils avaient la charge de surveiller et de garder.

Mais il a suffi de quelques-uns, argumentera G. Daumézon, pour qu'un peu à la fois des acquis mêmes minimes, issus de l'expérience, se transmettent et pour que ce savoir puisse commencer à s'élaborer jusqu'à aujourd'hui.

En médecine somatique précisera-t-il il y a :

« Un arsenal thérapeutique à peu près standard, pas en psychiatrie (à cause des) variations des conditions sociales, économiques, culturelles [...], il en résulte qu'il ne peut exister de modèle unique [...] Le savoir psychiatrique réside dans la connaissance de l'histoire de la psychiatrie ; certes pas une histoire anecdotique mais la connaissance des situations variées dans lesquelles les médecins ont été amenés à adopter à l'égard des malades, à la fois des modèles divers (la nosographie) et des attitudes thérapeutiques variées » (*Ibid.*, p.17).

Nous nous souviendrons donc ici que pour lui fondamentalement la psychiatrie relevait et se structurait dans son histoire et sa temporalité.

Il postulera d'ailleurs qu'il y avait en psychiatrie deux savoirs : « celui découvert par Freud dans la relation duelle avec le patient et tout ce qu'il en a tiré, d'autre part le savoir de ceux qui vivent avec le malade » (Daumézon, 1974, p.715).

Alors, en déduisait-il, il ne sert à rien de faire des infirmiers des « petits médecins ou des petits psychologues » et de calquer la formation médicale et somatique sur leur formation, ce que l'on faisait à l'époque, nous ferons ici remarquer que l'on a continué à le faire de plus

en plus, jusqu'à la disparition même de la spécificité psychiatrique de ce corps professionnel¹⁹⁴.

En son temps il exprimera d'ailleurs le vif regret que de plus en plus on avait confié la direction des écoles d'infirmiers à des infirmières diplômées d'Etat qui ne s'y entendaient guère en matière de psychiatrie, voire qui lui accordaient peu de considération :

« Une des plus détestables et stérilisantes pratiques a consisté ces dernières années à confier la direction des écoles d'infirmiers à des diplômées d'Etat dont le prêche consiste dans le décri de la psychiatrie et de l'infirmier psychiatrique, il y a une aberration qui a institué un fossé entre les jeunes prétendus futurs infirmiers et...ceux qui pouvaient leur communiquer leur savoir, le refus de ce savoir, de sa reconnaissance est une des caractéristiques de la pratique actuelle ; témoin un récent rapport qui étale ce mépris massif pour les prétendus « anciens » et croit ainsi être progressiste, il faut trouver le moyen de faire sauter ce verrou » (*Ibid.*, p.718).

G. Daumézon prendra souvent un exemple tiré de son expérience pour étayer ses propos, il avançait alors qu'au temps où il disposait de marges de manœuvre, comme Médecin Directeur de l'hôpital de Fleury-les-Aubrais, il avait pu mettre en place des « collègues infirmiers » et non médicaux qui se penchèrent sur le traitement insulinique et les modalités de son application.

Ils furent d'ailleurs par la suite rejoints par des patients qui avaient bénéficié de la cure afin de pouvoir les associer aux échanges dont l'objectif était l'amélioration des pratiques.

Là était en la circonstance pour G. Daumézon la façon de contribuer à l'émergence, à la constitution et à la reconnaissance d'un savoir propre à améliorer une pratique.

Pourquoi cela ne se passait-il pas comme cela en général ? Tout simplement, si l'on peut dire, parce que les « instruments de pensée des médecins » n'étaient pas selon lui adaptés à ce que faisait l'infirmier de secteur psychiatrique.

On enseigne en effet à ce dernier une discipline, la médecine, qui n'est pas la sienne et des façons de la pratiquer et de la conceptualiser qui ne le sont pas plus.

¹⁹⁴ Un diplôme d'Etat commun et unique d'infirmier(e) fût mis en place par l'Arrêté du 23 Mars 1992 et le Décret N°95-926 du 18 Août 1995 en fit de même pour le diplôme de cadre de santé.

De cela sans doute est principalement née la controverse dont nous avons précédemment fait état lors des rencontres de Sèvres, car ce que certains craignaient c'était le risque d'une mise en concurrence des savoirs respectifs de l'infirmier avec d'autres professionnels des soins psychiatriques, tels que les psychiatres, les psychologues et les psychanalystes, ce qui entraîna une réaction de défense, puis de défiance, lorsqu'il fut envisagé que l'infirmier puisse être qualifié de psychothérapeute.

Alors que l'on aurait pu imaginer aller vers la reconnaissance de la singularité d'une pratique infirmière différente. Il ne s'agissait pas alors de savoir autant ou plus pour les infirmiers, mais de savoir différemment. Il n'en a pas été ainsi et cela a marqué définitivement l'avenir possible d'une profession, jusqu'à aujourd'hui.

Pourtant le savoir établi du psychiatre et celui potentiel de l'infirmier ne sont pas concurrents, car ils relèvent de nature et de constitution différentes et ils peuvent donc être complémentaires, par ailleurs l'infirmier peut tout à fait être à l'origine de la constitution du sien :

« Je crois pour ma part, dira-t-il, que dans un temps plus long selon les circonstances, s'élaborera une réelle conceptualisation du savoir de ceux qui depuis des siècles, ont été responsables de la relation avec le malade, à savoir les infirmiers (même si) les médecins au nom d'un savoir différent auquel les infirmiers ne pouvaient pas avoir accès [...] ont colonisé l'asile (car) le savoir nosologique n'est pas sans le négliger, un savoir de relation directe avec le malade (Daumézon, 1968a, p.25).

G. Daumézon poursuivait tout en dénonçant certains projets qui feraient du métier d'infirmier le refuge des ratés de la médecine : « Le savoir médical a une double origine, le savoir élaboré par le médecin dans les asiles et le savoir élaboré dans les relations duelles, le savoir infirmier, mal formulé, mal élaboré, mais infiniment précieux dans sa vérité concrète dont l'origine est la vie commune avec le malade » (*Ibid.*, p.25).

Décidément et définitivement la psychothérapie ne devra pas être l'affaire du quotidien, que selon J. Oury à l'époque, certains méprisèrent voire insultèrent tout autant que les infirmiers qui en étaient les acteurs principaux et qui furent tout autant mésestimés.

1-2-4. Les conséquences du congrès d'Auxerre

La principale des conséquences de ce congrès c'est qu'à nouveau des divergences et des tensions importantes apparurent entre les psychiatres et de façon tangible entre ces psychiatres et les infirmiers¹⁹⁵, ce qui avait selon J. Oury : « clos en terme de discussion entre médecins et infirmiers pour plusieurs années (1975, p.157).

Cela s'était donc déroulé ainsi malgré toute la volonté de G. Daumézon et la déception¹⁹⁶ fut pour lui à la hauteur de son engagement et de ses conceptions en la matière, en outre elle s'ajoutait à celle éprouvée lors des rencontres de Sèvres, d'où il en était sorti fortement désabusé.

De plus en plus il était persuadé que les questions de fond n'étaient pas abordées et que ces rencontres n'étaient justes pour certains représentants de « chapelles théoriques », que l'occasion de procéder à des règlements de compte personnels.

Il avancera enfin lors de son intervention à ce congrès que trop souvent la psychiatrie copiait en la caricaturent la médecine, mais précisera-t-il avec lucidité, il ne faut se faire aucune illusion sur la considération que la psychiatrie peut attendre d'une comparaison à d'autres disciplines médicales, ce qui est en soi le reflet du peu de considération que fréquemment on a des malades qui souffrent de troubles mentaux : « Le pouvoir, dira-t-il, persiste à considérer l'hôpital comme lieu où les apprentis médecins font leurs expériences sur les citoyens des classes inférieures, les médecins titrés devenant ceux de la classe dirigeante » (Daumézon, 1968a, p.10).

Il complétera sa pensée plus tardivement en faisant remarquer que : « si le dépositaire du savoir n'adhère pas au système idéologique qui fonde la légitimité du pouvoir, il en résulte une interrogation lorsque le pouvoir le sollicite, un conflit lorsque le pouvoir le requiert » (Daumézon, 1977b, p.126).

¹⁹⁵ Au même moment, près d'Auxerre, se tenait un contre-congrès organisé par l'association pour l'étude et la rédaction du cahier du livre blanc en psychiatrie (AERLIE) qui regroupa environ 450 infirmiers, les échanges furent très tendus lorsque l'endroit, où se déroulait le congrès des médecins, fut envahi par les infirmiers.

¹⁹⁶ A. Roumieux dira à ce sujet : « J'ai rencontré Daumézon par la suite et il avait été très marqué par ce congrès, il m'avait dit qu'il ne fallait plus lui en parler. Je le compris car s'il y avait bien quelqu'un qui s'était occupé des infirmiers psychiatriques c'est bien lui » (1998, p. 10).

Il en appellera résolument de ce fait à la vigilance constante car selon lui toute éducation, dont celle qui est au service du pouvoir, a tendance à vouloir créer un certain type d'homme et cette démarche de normalisation ne se gêne pas pour mettre le psychiatre à son service afin d'arriver à ses fins (Daumézon, 1954, 1979).

Un exemple récent terminera ce chapitre : lors d'une conférence donnée sur la maladie de Parkinson (Geny, Lamalou, 2015), un intervenant neurologue, exprima le regret que lui et ses collègues, pendant très longtemps, n'avaient pas pris en compte ce que des malades exprimaient des effets extrêmement négatifs de certains médicaments sur leur quotidien, au titre par exemple, des addictions ou des troubles qui en résultaient.

Rien de scientifique n'avait été décrit en l'espèce et donc pour de nombreux neurologues cela n'existait pas, puisque cela ne relevait que de l'expression du quotidien et des dires profanes des malades.

Et puis leurs centres d'intérêts c'étaient les effets neurologiques des traitements et non leurs effets sur la vie des patients, ce neurologue le regrettera publiquement.

Longtemps avant G. Daumézon en avait fait lui le cœur de son action, à partir d'une question qui l'habita toute sa vie : pour soigner qu'apprend-t-on au sujet du vécu du malade, dans ce qui est sa vie, celle de son monde et de son quotidien ? (Maldiney, 1961).

En résumé et pour en arriver à une conclusion de cette partie : vivre et partager collectivement la quotidienneté, savoir échanger et transmettre entre pairs, accéder à une culture de la communication, avoir et se constituer dans le temps une approche réflexive de la pratique et en préserver les singularités.

Voilà, pour G. Daumézon, ce qui était important en ce qui concernait la formation des personnels de soins en psychiatrie et ce à quoi pouvait servir la mobilisation de l'éducation mise au service de la prise en charge des patients.

Encart N°10 : Un infirmier désormais retraité (diplômé en 1963) évoque l'évolution diplômante de la formation (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« Où est ce (aujourd'hui) qu'on place dans la formation la personne qu'on va soigner, c'est ça qui m'importe. Ce n'est pas le fait qu'ils (les infirmiers) aient acquis une culture professionnelle, une théorisation de tous leurs actes etc. C'est vachement important, moi aussi j'ai fait la même chose à travers les stages etc. Mais je trouve que quelque part c'est (trop).

Quand ils sont sur le terrain je les sens un peu démunis face à la réalité de ce terrain, ils ne sont pas assez sur le terrain à mon avis et quand ils (le) sont, l'encadrement n'est peut-être pas (là).

Je me souviens d'une petite histoire, c'est un petit aparté hein mais une histoire avec Md X (responsable de formation), qui (nous) avait envoyé un stagiaire.

(Il me dit) : « voilà je dois faire mon stage », alors je dis, c'est bien vous êtes affecté... « oui mais je voudrais savoir si le surveillant a son diplôme cadre », je dis ben oui il en a un, il dit : « parce que Md X elle veut absolument ».

L'ennui dans l'affaire c'est que moi je suis cadre supérieur (et donc le responsable hiérarchique du surveillant) mais je n'ai pas fait l'école cadres, (ce diplôme je ne l'ai pas) alors je ne comprends pas bien, il y a un décalage, vous apportez que ce que Md X veut c'est important, mais sur le terrain tout le monde n'a pas son diplôme cadre, est-ce qu'il faut vraiment son diplôme cadre pour être cadre supérieur ou cadre de santé, est-ce qu'il faut en passer par là ?

Aujourd'hui oui, c'est dans la culture, mais il y a aussi des gens qui ont des valeurs, qui peuvent les mettre en pratique, ils ont une culture professionnelle, des acquis et ils apporteront autant de choses qu'un cadre parce qu'il a un diplôme.

Le problème n'est pas là. Je veux dire que d'avoir des diplômes c'est important mais derrière ça il y a la nature des gens qui est importante, il y avait de très bons aides-soignants qui n'étaient qu'aides-soignants et qui avaient une relation avec le malade de proximité intéressante.

(Ils) développaient ça, et le malade se dirigeait plus souvent vers l'aide-soignant que vers l'infirmier. Donc après il faut savoir (que) ces personnes ne se cantonnent pas à leur fonction, [...]. Moi je pense que ça n'est pas ça le boulot. Je n'y vois pas d'inconvénient majeur moi à ce que les gens aient un diplôme, à part qu'ils ne savent plus couper les ongles ou des choses comme ça (tout ce qui est concrètement utile et susceptible de susciter l'amorce d'une relation) ».

1-3. LE FIL COUPE DE LA PSYCHIATRIE

G. Daumézon fut un militant de l'ampleur et de la généralisation, il avait aussi un projet social et politique, la tâche n'en a été rendue que plus grande et difficile pour lui.

Selon H. Ey par ailleurs, G. Daumézon n'était pas l'homme de la demi-mesure, entier il l'était selon lui, parfois trop.

Ainsi autant il avait fondé des espoirs envers la mise en place de la psychothérapie institutionnelle, autant il donna l'impression de l'avoir abandonnée lorsqu'il pensa qu'elle avait été détournée de ses objectifs initiaux (Daumézon, 1972).

Il faut dire que bien souvent, trop souvent, sa pensée féconde et novatrice s'opposera au mur de la controverse, la plus souvent stérile, reposant de son point de vue davantage sur des querelles de personnes plus que d'idées.

Homme de l'action, de la praxis et du quotidien, il est certain qu'il ne pouvait également qu'être sensible à l'évolution des lieux de pratiques, de moins en moins hospitaliers et de plus en plus dits de « secteur », à la création duquel il avait fortement participé, depuis les débuts de son engagement syndical en 1945, jusqu'à l'organisation à son initiative des rencontres de Sèvres.

Il écrira d'ailleurs à cet égard :

« Mais une évolution de la position idéologique du psychiatre, doit aussi être perçue et explicitée : il y a trente-cinq ans, le médecin concevait l'asile comme un lieu protecteur de l'aliéné et un lieu de soins. Plus tard, nous avons dénoncé la nocivité de la vie asilaire, mais toujours enfermés, nous avons tenté de créer des isolats asilaires protégés de la nuisance hospitalière et d'autres ont rêvé d'asile village, asile non toxique et même thérapeutique [...]. Nous percevons confusément (maintenant) que le temps hospitalier n'est peut-être pas le plus important dans ce destin [...] médecin d'hôpital, nous avons localisé la « maladie » à l'hôpital, ce qui amenait le sujet à être malade à l'hôpital...La pratique de la position hors de l'hôpital nous fait penser le malade autrement » (Daumézon, 1971c, p.508).

S'il poursuivra une activité qui sera de plus en plus centrée sur son aspect médical, un texte pourtant, qui sera le dernier à paraître six mois avant sa disparition, prendra la forme pour L. Bonnafé d'une sorte de testament global de son action.

Il y transparaît les espoirs, les regrets de G. Daumézon et la préoccupation toujours première pour lui qu'il y aurait eu de mettre la formation, l'éducation et la pédagogie au cœur des moyens capables de contribuer efficacement à la prise en charge des malades souffrants de troubles mentaux. Ce texte que L. Bonnafé commentera en éloge à son ami, porte le titre de *Poésie et soins infirmiers*.

G. Daumézon (1978c) y évoque d'abord un stage CEMEA vieux selon lui de vingt à vingt-cinq ans, dans un lieu incertain, soulignant ainsi que ce qu'il va dire concerne toute situation de ce type.

Il relate pour commencer une conversation qu'il y avait eu avec deux infirmiers qui lui disaient :

« C'est formidable, Bonnafé on ne croirait jamais que c'est un docteur !! [...] On parle, il parle de notre vie, de notre travail, on peut échanger une expérience avec lui, on peut recevoir quelque chose de lui qui soit de l'ordre de notre métier, de notre responsabilité... » et G. Daumézon d'ajouter dans l'article « et de notre technique » (*Ibid.*, p.887).

Il répond ensuite à une critique qui pour lui est si facile : cela est le passé, le modernisme c'est maintenant ! Et alors laisse-t-il entendre, la nostalgie même que je pourrais avoir de cette période et si cela était le cas empêche-t-elle la pertinence des idées et celles-ci ne sont-elles pas intemporelles ? Il devait alors aussi penser, comme il l'avait souvent dit, que l'on oublie trop souvent que la psychiatrie n'est qu'histoire et le résultat de son histoire.

G. Daumézon dit ensuite ne pas vouloir s'attacher à parler de la nouvelle formation des infirmiers (programme de 1973 modifié), qui lui semble pourtant empreinte de nombreuses incohérences. Il avait trop milité en effet pour que les infirmiers soient formés et puis cette formation, même insatisfaisante à ses yeux, était encore spécifique à la psychiatrie.

Cela n'est plus le cas depuis 1992 et à cet égard J. Oury dans le journal *Libération* du 27 Juin 1998 parlera de catastrophe et d'un véritable scandale envers la psychiatrie que l'on était en train de mettre à mal, voire de détruire.

Pour en revenir à G. Daumézon ses avis en matière de formation reposèrent toujours sur ce qui fut le point central de sa démarche, celui d'un apprentissage du métier à partir d'une approche vitaliste de l'accompagnement au quotidien du malade, dans un contexte de la psychiatrie qu'ils n'avaient pas choisi, celui « des asiles souvent effroyables » précisait-il et que certains avaient voulu changer pour les améliorer (Bonnafé & Daumézon, 1946).

Ce changement que beaucoup selon lui croyait impossible et qui pourtant s'était fait même si il considérait ne pas l'avoir réussi entièrement, au moins cela avait été tenté.

Il expliquera dans un autre texte que cette mission c'est H. Ey qui leur avait fixé pendant la Seconde Guerre mondiale : « dans cette période de débâcle et d'incertitudes des valeurs, il nous a dit : « C'est sur vous que repose l'avenir de la psychiatrie » [...]. Cette investiture a créé notre légitimité pour prendre le pouvoir en 1945 » (Daumézon, 1978b, p.9).

Il fallait donc faire, agir et se mobiliser et G. Daumézon revient ensuite à l'exemple de L. Bonnafé, qu'il relatait au début de son propos, pour interroger justement cette notion du faire et surtout du « faire avec ».

Cela le conduira à postuler qu'en finalité tout est dans la poésie, c'est-à-dire conformément à l'étymologie du terme : dans le faire.

L. Bonnafé poursuit-il : « était capable avec les infirmiers de manipuler, de faire avec ce que les infirmiers font et de se faire ensemble, l'infirmier devenait plus apte à agir spontanément au mieux avec les patients » (*Ibid.*, p.887).

Agir spontanément et au mieux voilà qui était le credo de G. Daumézon et l'objectif principal et final à atteindre.

Il développe et commente ensuite, à partir du texte, pourquoi il convient de retenir cette façon de faire en précisant que lorsqu'on apprend à parler on découvre en même temps qu'il y a des propositions principales et des compléments d'objets et puis un jour on parle sans penser qu'elles existent et comment on les nomme, car on les a intégrées, assimilées et elles n'affleurent plus à la conscience lorsqu'on les utilise, cela se fait spontanément et naturellement.

Et il avance ce qui est pour lui la pièce angulaire de l'apprentissage : « il faut apprendre la grammaire, il faut l'oublier et l'utiliser dans la parole comme un instrument totalement inconscient » (*Ibid.*, p.888).

Qui plus est, ajoute-t-il, lorsque l'infirmier est face au malade il n'y a pas que la parole qui prime, mais dans l'action, cela concerne aussi des comportements qui doivent également procéder du même mécanisme pour apparaître eux aussi comme spontanés.

L'école parce qu'elle est trop scolaire, mais l'on pourrait tout à fait dire la même chose des formations infirmières, provoque selon lui une véritable déculturation des savoirs de la vie, à peine qualifiés aujourd'hui de profanes, au profit de savoirs que l'on appellera « savants » pour en souligner la noblesse apparente.

La grammaire des infirmiers n'est pas celle des médecins postulait G. Daumézon, elles n'ont même rien à voir l'une avec l'autre et pourtant l'une est dominante et l'autre pas.

Ces grammaires, pour lui, n'étaient même pas nées au même endroit et celle de l'infirmier, contrairement à celle des médecins, était issue directement de la pratique, dans le quotidien, de son exercice professionnel, ce qui ne justifiait pas selon lui qu'elle doive être considérée comme moindre et à ce titre être dévalorisée.

Il ne s'agit pas alors, et cela est fondamental, de nier l'existence de savoirs spécifiques mais d'en respecter la différence (Honoré, 1990, 1999), ce n'est pas en s'enfermant dans un cabinet, ajoutera-t-il, que l'on soigne au quotidien une personne, même si cela permet de réfléchir sur les différentes stratégies thérapeutiques à envisager.

Il faut alors que l'infirmier apprenne cette grammaire dans des stages, par des expériences individuelles et collectives, tout en mobilisant également des approches réflexives d'analyse des pratiques et de l'expérience, considérée par G. Daumézon à la fois comme un comportement, qui est l'expression d'un vécu et en même temps comme le résultat d'une production mentale liée à la réflexion.

Elle est donc alors comme l'exposera C. Collin (1998) : particulière car singulière, interprétative car vécue et « transformante » car elle génère des conceptions nouvelles de la réalité.

Les connaissances, selon G. Daumézon, ne sont utiles qu'après, car soigner ce n'est pas déduire des actions à entreprendre à partir de modèles qu'il suffirait d'appliquer tels quels à une réalité, qui ne leur correspond pas par définition (Escande, 1975 ; Israel, 1985).

Il faut donc le faire à partir de la position du malade en situation et pour cela se donner du temps et se doter de techniques particulières dira-t-il.

« Le problème pédagogique est alors de faire passer cela de nouveau au plan des conduites instantanées, immédiates. Dans sa situation de laboratoire l'analyste a pu établir des modèles grâce auxquels il délibère avant d'agir et choisit son action. La question se pose de savoir si ces modèles sont congruents pour permettre à d'autres d'adopter des façons d'agir qui, elles doivent être spontanées » (*Ibid.*, p.889).

Le passage par la poésie, le « faire », était donc pour lui un but central de l'apprentissage et de la démarche soignante afin précisait-il de : « faire intégrer dans des conduites devenues inconscientes et spontanées, les données de l'analyse. Et parallèlement faire intégrer dans des gestes ce que nous savons de l'action des médicaments, des conduites nécessaires à l'efficacité des traitements » (*Ibid.*, p. 889).

Il conclura en précisant également que ces modifications à mettre en place ne concernaient pas que les soins infirmiers mais aussi par exemple la psychologie médicale et les médecins.

« Pour les médecins, dit-il, on a perdu ce qui a pu être dans le passé la « pédagogie socratique »¹⁹⁷ (et cela doit) nous rendre très humbles à l'égard de la profession d'infirmier que nous saccageons,[...], il faudra bien termine-t-il, que nos successeurs renouent un jour avec le fil aujourd'hui coupé [...] car si au commencement était le verbe, il est aussi dit que pour être pleinement efficace il s'est fait chair. Cela est encore plus vrai pour ceux dont la fonction est de vivre avec » (*Ibid.*, p.889).

L. Bonnafé (1980) dira plus tard que G. Daumézon avait fait le choix difficile de ne pas se taire, dans le cadre d'une véritable entreprise « subversive » qu'il mena pour donner pleinement la parole aux infirmiers, sans question de niveau ou de pouvoir, ce qui à terme ne pouvait pas bien se passer compte tenu des résistances que cela occasionnait, de toute part, mais particulièrement en provenance du corps médical.

¹⁹⁷ Cette pédagogie socratique évoquée par G. Daumézon porta aussi le nom de la maïeutique (du grec *Maieutiké* : art de faire accoucher). Elle permet l'acquisition de connaissances grâce au dialogue, à l'encouragement, à la confiance et au questionnement.

Il évoquera également le constat apparemment mélancolique et sans doute à cette époque de sa vie l'était-ce, de G. Daumézon à propos de la tyrannie des modèles et des pressions que l'on exerçait selon lui sur les infirmiers pour les obliger à n'être qu'une copie dévalorisée et au rabais des médecins, en leur inculquant un savoir dont il n'avait pas besoin mais qui était le signe tangible de leur pouvoir et de leur domination.

Si on peut soigner les gens autrement termine L. Bonnafé : « c'est parce que l'on a appris plus sur l'humanité que ce que l'on a appris dans les livres » (*Ibid.*, p.22).

Le fil coupé de ce qui aurait permis une réelle transformation de la psychiatrie, dira G. Daumézon, l'a été par ce qu'il appelle les maîtres d'une grammaire inadaptée à ce changement escompté.

Ces maîtres qui ont déployé : « tous les dévergondages phraséologiques (il pensait ici à certains adeptes de la psychanalyse ou de l'anti-psychiatrie et à ce qu'il appelait les résidus de la science médicale) comme barrage à l'ardeur de la recherche pratique » et à la richesse contenu dans la quotidienneté du faire ensemble.

S'inspirant de la pièce de théâtre *Le Bourgeois Gentilhomme* de Molière (1670) il dira : « c'est le maître de grammaire qui est sot et non son élève. C'est le maître qui trahit le savoir en proclamant un faux usage du savoir et de l'expérience impérieuse du vivre, de la convivance de F. Tosquelles » (*Ibid.*, p. 22).

Ne soyons pas, conclura L. Bonnafé, si nous voulons rester novateurs et comme le suggérait G. Daumézon, imperméables aux leçons de l'expérience.

Même en extrapolant son propos, si aujourd'hui nous travaillons de plus en plus à l'extérieur de l'hôpital, dans cette pratique de secteur qui nous rapproche de la population et de son lieu de vie habituel, ce n'est pas pour autant que ce qui a été appris dans les asiles d'aliénés, puis les hôpitaux psychiatriques, puis les centres hospitaliers spécialisés, ne doivent être considérés que comme quantité négligeable, car la question du « vivre avec » entre le soignant et le soigné se pose toujours.

La phraséologie contre la pratique, le verbiage contre l'action, voilà sans doute dans le domaine des soins psychiatriques le combat principal que G. Daumézon a mené et pour le gagner, selon L. Bonnafé, jamais il « n'accepta de fixer quelques bornes au possible ».

Encart N°11 : Cette problématique de la relation entre la phraséologie et la pratique, comme les qualifiait G. Daumézon, sera illustrée par un infirmier, par ailleurs cadre de santé (entretien avec Krzyzaniak, 2015).

« (Il y a des) référents (pour tout) et sans arrêt des réunions, dont on se demande le sens, tout simplement parce que c'est prévu dans la certification¹⁹⁸, ça n'a plus de sens et tu ne discutes plus patient, on discute scores, certification, et je pense qu'il y a un fossé énorme !, (avec) le terrain [...].

On applique les protocoles : « vous n'avez pas le nom du référent, c'est pas normal, dans 24h il me le faut » ! Alors on tire à la courte paille parce que plus personne veut l'être, mais il faut un nom [...].

Je crois que c'est là qu'on (suit) une mauvaise voie, qu'on fait marche arrière, c'est copier le modèle d'hôpital général, quand tu vois les normes d'hygiène que l'on copie, il faut arrêter !

Exemple en pédo-psy : protocole d'hygiène, j'ai encore l'anecdote avec X (un responsable institutionnel) qui me dit : « on va tout équiper la « pédo-psy » de dérouleurs à papier automatique »,

Je dis : « je veux bien que tu fasses ça, (mais) d'abord ça-correspond pas au projet de service par rapport à l'enfant, ce qu'il a chez lui (à sa disposition), et en plus les enfants vont jouer avec ton truc ».

Qu'est-ce qui s'est passé au bout de 8 jours ? Les enfants jouaient devant (l'appareil et) le papier se déroulait partout jusqu'au jour où il a dit « c'est vraiment-pas une bonne idée », alors je lui ai répondu : « je te l'avais dit au départ ! Nous ce qu'on veut c'est des serviettes éponges, c'est ce qu'ils ont chez eux, donc arrêtons le papier à jeter et mettons une serviette éponge, l'éducation par rapport à l'enfant c'est ça ! ».

On est en train de stériliser la psychiatrie et le soin, comme un bloc opératoire, et là, je reprends cet exemple, il faut faire comme au bloc opératoire alors que la personne, l'enfant quand il rentre chez lui il fait quoi ? C'est comme préparer ma pâtisserie avec de œufs en poudre, comment veux-tu avoir un projet, une équipe bien-pensante ?

¹⁹⁸ La Certification est le résultat d'une procédure initiée par un organisme lui-même certifié, la Haute Autorité de Santé pour les hôpitaux, qui se prononce sur la conformité du système de qualité et de sécurité de l'établissement concerné par l'évaluation. Cette démarche fut mise en place par l'Ordonnance N° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme hospitalière.

CHAPITRE 2. L'HERITAGE

2-1. SON ŒUVRE INTERROGÉE PAR LES SCIENCES DE L'ÉDUCATION¹⁹⁹

2-1-1. Introduction

L'époque dans laquelle se situe l'expérience que nous venons de relater au sujet de G. Daumézon sera un moment déterminant de l'histoire de la psychiatrie française, où l'on essaiera de soigner en partant du principe que pour guérir il fallait « instituer quelque chose » par soi-même.

Cela se fera grâce à des activités, qui si elles n'étaient pas directement soignantes constituaient au moins autant de médiations qui rendaient possibles des soins.

Pour R. Laffitte par ailleurs que ce soit du point de vue de F. Tosquelles, H. Torrubia, L. Bonnafé ou G. Daumézon : « l'individu et le social sont indissolublement liés, le milieu éduque soigne ou détériore, la maladie réside autant dans la personne que dans la collectivité et l'institution. Il ne sert donc à rien de soigner la personne si l'on ne soigne pas les groupes, la collectivité et l'institution » (Lafitte, 1996, p.1).

C'est ce qu'a tenté de faire G. Daumézon et pour cela il a voulu mobiliser l'éducation dans ses deux fonctions principales, celle de la socialisation et celle qui est relative à ce que nous appellerons l'accession aux « savoirs ».

Nous nous proposons maintenant de les examiner en commençant par la fonction de socialisation de l'éducation.

¹⁹⁹ Pour ce faire nous partirons de l'hypothèse, dont nous avons fait état précédemment, que les Sciences de l'éducation procèdent de la mobilisation et de la juxtaposition de différentes Sciences, sans se limiter à des logiques et des méthodes, mais en les mettant au service d'un questionnement et d'une problématisation, qui en légitiment de ce fait l'usage.

2-1-2. G. Daumézon et la fonction de socialisation de l'éducation

Il était convaincu comme le sera M. Lobrot (1973) que l'éducation était une cause qui agissait sur toute réalité humaine qu'elle soit individuelle ou collective et qu'il y avait une nécessité impérieuse à mettre en oeuvre à une véritable « formation sociale », G. Mialaret (1964), lui, émettra l'hypothèse que l'on se développait dans et par un groupe.

G. Daumézon (1947, 1948a, 1955) accorda, nous venons de le montrer, une place importante dans les démarches soignantes qu'il entreprit à l'éducation ou/et à la rééducation sans qu'il ne fit à l'instar d'A. Makarenko de distinction nette entre les deux.

Il porta la même attention à la formation et aux pédagogies y étant afférentes, avec comme socle fondateur le dénominateur commun de la mobilisation de l'action individuelle et collective en situation.

Il affirmera lui-même :

« Le jour où la vie de l'hôpital nous fournira [...] le moyen de faire vivre au malade des expériences d'activités sur le plan de sa sociabilité normale maximum, notre vue du malade s'en trouvera modifiée [...] (et) Dès que le médecin veut donner un contenu concret à une activité, il aboutit nécessairement à en éliminer tous les germes de la sclérose asilaire » (1951, p.576).

Il pensait en effet que l'éducation était dotée, par le biais d'activités et de médiations, d'une fonction transformatrice, voire émancipatrice de l'individu dans son rapport, en particulier, au problème de son aliénation.

Cette fonction, sorte de noyau nodal, était d'ailleurs autonome par rapport à la nature même du périmètre de sa mise en oeuvre et pouvait être problématisée et mobilisée indistinctement, que l'on soit dans le domaine de la thérapie pour les malades ou celui de la formation pour les personnels.

L'ensemble se déroulant dans un cadre institutionnel, il semblait ici pertinent d'examiner, si et comment, G. Daumézon eut à voir et à faire avec le courant de la pédagogie institutionnelle.

Il ne nous a en effet pas été donné, contrairement à ce qui s'est passé avec J. Oury ou F. Tosquelles, de lire des propos d'envergure de sa part en la matière, mais nous pensons avoir

montré qu'il avait bien mis en place une démarche novatrice et singulière, s'apparentant explicitement à la pédagogie institutionnelle et étant susceptible d'en éclairer, pour le moins, un certain nombre d'aspects.

Il est à remarquer également que G. Daumézon avait avant tout à l'esprit l'idée de mettre en place un projet social reposant sur le socle premier de la quotidienneté, qui était pour lui le réel et sur une aspiration à une vie communautaire, qu'il pensait première à l'homme, sous la forme d'un attachement et constitutive de son identité (Sandel, 1982).

Il était convaincu que la santé de l'esprit impliquait une participation à la vie sociale et que le refus où l'impossibilité que cela puisse se faire ne pouvait contribuer qu'à l'altérer.

Il fallait donc pour cela s'attacher à ce que le malade puisse atteindre cet objectif de vivre en société, c'est-à-dire dans le champ des relations humaines, au niveau de l'institution psychiatrique d'abord, mais aussi et surtout à l'extérieur de celle-ci, et donc travailler à sa rééducation et à sa réinsertion sociale (Hazera, 1956).

Persuadé de cela G. Daumézon chercha à créer les conditions pour que cette participation à une vie sociale puisse se faire et ce sera l'objectif des différentes activités et des différentes médiations qu'il mettra en place.

Il fallait cela, selon lui, pour procéder à la rééducation du malade voire à la mise en place d'une nouvelle éducation lorsque la gravité de son cas le justifiera :

« La plupart des syndromes mentaux dira-t-il et spécialement des syndromes schizophréniques ne me paraît pouvoir être obtenus qu'au prix de l'abandon à peu près complet de la personnalité antérieure au profit d'une nouvelle édification [...] Ces considérations, poursuit-il, nous amènent à une attitude d'extrême réserve chaque fois que nous pouvons prévoir, pour le malade, des difficultés de réinsertion sociale grave » (Daumézon, 1949, p.530).

2-1-3. G. Daumézon et la notion de communauté éducative

Les liens entre la pensée et les actions de G. Daumézon et celles d'A. Makarenko, pédagogue russe ayant travaillé sur les communautés éducatives, sont nombreux et nous nous proposons de les évoquer (Filonov, 1994).

Tous deux se qualifiaient de praticiens de l'éducation et partaient du principe qu'elle s'apparentait à un processus social au sens le plus large du mot et à un tout dialectique complexe. L'éducation enfin ne succédait pas à l'apprentissage, elle était apprentissage et trouvait son origine dans le réel et le concret de ce qui se passait effectivement dans la vie (Makarenko, 1947 ; Daumézon, 1948a).

Toutes les approches et les moyens, en terme d'éducation, pouvaient être bons ou mauvais et ce qui comptait c'était qu'il ne fallait pas se contenter d'une seule approche ou d'un seul moyen mais d'une diversité de ceux-ci, correctement agencés et articulés.

Tous deux étaient également d'accord sur le rapport qu'il devait y avoir entre la pratique et la théorie et où la pratique prévalait sur une théorie devant constamment accepter d'être rectifiée et amendée par l'expérience.

Ni l'un ni l'autre ne voulait se contenter de thèses générales élaborées en laboratoire et non vérifiées par l'expérience, car c'est à ce niveau que se déterminaient et s'élaboraient les « règles pédagogiques » qui devaient être mobilisées.

D'autant que pour tous les deux il y avait un lien essentiel entre la vie et l'éducation, le meilleur des éducateurs étant la vie en elle-même, sans pour autant tomber dans un naturalisme candide, mais en appliquant à cette vie une démarche d'élaboration et de rationalisation reposant sur la notion de collectivité éducative.

La collectivité éducative elle-même étant une collectivité active qui ne faisait pas que subir l'action des éducateurs, elle avait en effet une vie propre qui déterminait les modalités de son organisation (Daumézon, 1948a, 1952b, 1957b).

Apprendre à vivre en groupe devenait alors une véritable méthode d'éducation et si les liens qui existaient entre les membres de ce groupe étaient importants, ceux que tissaient la

collectivité avec l'extérieur l'étaient tout autant, on pense bien sûr ici aux activités (club sportifs, expositions, bals, pièces de théâtre... que G. Daumézon mettra en place pour cette raison.

La vie en société, pour lui comme pour A. Makarenko, devait être à la base de la formation de l'individu, les informations venant du dehors aidant chaque personnalité à réagir sélectivement à l'influence du monde et à trouver sa voie, qui était à la fois singulière et collective.

Ils considéreront également que la place du travail était fondamentale au niveau éducatif, par la mise en action qu'il permettait, autant que par sa dynamique socialisante, il fallait alors pour cela qu'il soit gratuit et qu'il s'intègre dans une organisation éducative adaptée à des intérêts qui se devaient d'être collectifs et non basés sur la seule productivité.

Ils auront enfin le souci réciproque de se prémunir des effets de castes qui étaient toujours possibles ou de pratiques élitistes pénalisant une démarche avant tout fondée sur la démocratie et l'humanisme.

2-1-4. G. Daumézon et la pédagogie de l'action et de l'intérêt

L'une des idées clés de G. Daumézon qu'il partageait avec de nombreux pédagogues c'était que pour capter l'attention de l'autre il fallait pouvoir interpeller et retenir son intérêt, préoccupation somme toute première en matière d'éducation.

Par ailleurs si la problématique de l'intérêt et de sa prise en compte n'est pas nouvelle en éducation, il semble bien toutefois que l'on puisse retenir les travaux de J- F. Herbart pour y adosser des approches réflexives qui seront constitutives de points de vue singuliers en matière de pédagogie active, même si on peut estimer que J-J. Rousseau fut sans conteste le pionnier en la matière.

J-F. Herbart (1894) postulera donc que l'attention spontanée, qu'il distinguera de l'attention volontaire, était plus efficace en matière de captation d'intérêt parce qu'elle reposait selon lui sur la rencontre entre une expérience nouvelle et une expérience déjà préexistante, W. James (1934) la qualifiera de native.

Il n'est nul besoin d'ailleurs que cette expérience nouvelle soit strictement identique à celle qui l'a précédée et une convergence minimale suffit comme point de contact pour que l'attention soit captée.

Il convient en outre que cette rencontre soit progressive au risque sinon d'être démobilisatrice et pour cela : « il faut marcher au début à tout petits pas » (Leif & Rustin, 1970, p.245).

W. James s'était distingué d'une approche, somme toute très mécanique et restrictive, en mettant en avant que l'on ne pouvait pas se reposer en matière d'éducation, que sur une tendance qui ne serait liée qu'à des intérêts de nature native, certains devront donc être acquis, sans cette condition de leur préexistence, ce serait d'ailleurs la fonction de l'éducation que de permettre leur émergence.

De plus J. Dewey ([1913], 2004) et G. Kerschensteiner (1926) distingueront également ce qu'ils appelleront les intérêts profonds (actifs) car correspondant aux préoccupations et aux besoins de l'individu et les autres qui seront qualifiés de superficiels (passifs).

Plus l'intérêt est profond, plus l'attention sera mobilisée de façon active et l'inverse est également présupposé, s'attacher donc à l'identification de ces intérêts profonds est extrêmement important en terme de mobilisation.

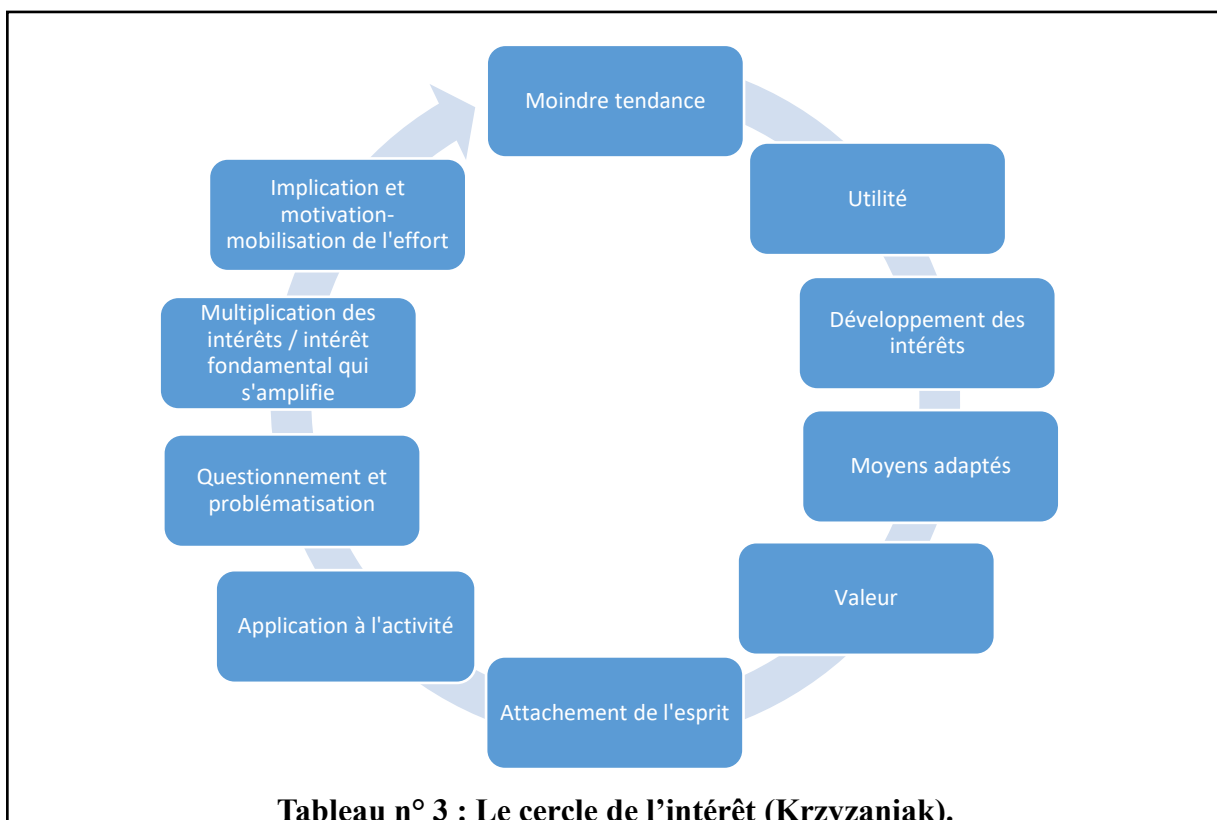
Comme le mettait en avant G. Daumézon (1948a) et à l'instar de J. Dewey ([1913], 2003) et de C. Rogers ultérieurement (1984) l'intérêt est plus que tout nécessaire pour capter l'attention et mobiliser un effort volontaire, qui sans cela est inefficace, il regrettera d'ailleurs fréquemment que nombre d'activités proposées au malade, au titre soit disant de leur rééducation, soit pour eux totalement dénuées d'intérêts.

Une éducation passive n'a en effet pas de valeur éducative et l'agitation en elle-même n'est pas l'activité, ce n'est pas être actif que de contempler l'action (Daumézon, 1948b ; Leif & Rustin, 1975).

E. Claparède (1931) fera remarquer que c'est l'activité fonctionnelle, au titre du travail intérieur qu'elle permet, qui doit être mobilisée et qu'une activité « d'effectuation » de nature manuelle peut très bien n'avoir aucune valeur fonctionnelle.

G. Daumézon avait lui-même ajouté rappelons-le : « On peut concevoir une école ou un hôpital psychiatrique où tout le monde s'affaire et où il se manifeste une sorte de bougeotte, sans qu'aucun malade ni aucun enfant ne mette en jeu aucune activité qui lui soit propre [...] le travail n'est donc pas qu'une production musculaire ou d'objet sémiologique » (1948, b p.241).

Il faut en outre que toute expérience soit aussi une expérience mentale en elle-même, un acte de la pensée, ce qui justifie qu'un substrat de réalisation physique ne suffit pas, mais il faut par contre toujours que l'intérêt porte sur un objet qui a été susceptible de capter l'attention et de générer un questionnement et une problématisation, une résistance (Dewey, 1913 ; Piaget, 1950). On peut résumer le développement précédant par un schéma :



L'expérience est donc première, déterminante (Daumézon & Lanteri-Laura, 1995) et elle est source d'apprentissage en elle-même, c'est le fameux : « learning by doing » (Piaget, 1950) et le creuset de la réalisation de ces expériences, c'est la vie en elle-même tel que le postulera d'emblée G. Daumézon, à l'instar de ce qu'avait déjà fait bien avant en précurseur J.-J. Rousseau ([1762], 1964) qui écrivait dans son ouvrage *l'Emile* : « Nous ne sommes pas la source de notre propre savoir, nous avons à l'apprendre du dehors ».

Cet apprentissage doit également se faire progressivement : « Dans ces diverses tâches [...] nous nous sommes efforcés de sérier les activités, de façon à fixer à chacun une progression à gravir » (Daumézon, 1948c, p.8).

Il se fera aussi dans la communauté car le but premier de l'éducation c'est de socialiser, non parce que l'individu doit s'inscrire dans une super structure qui serait la société, mais parce qu'une part de son être en lui-même est sociale.

Aussi les activités doivent-elles être effectuées en groupe développant ainsi le socle de la vie en commun, qui repose sur le sens de l'interactivité, de la coopération et de l'entraide, par ailleurs les intérêts lorsqu'ils sont analogiques, partagés et actifs diffusent à l'ensemble des membres du groupe (Bruner, 1966 ; Doise & Mugny, 1981).

Croire que les choses se passent dans la simplicité est illusoire, car il s'agit bien d'apprendre ou de réapprendre à vivre d'une façon parfois tout à fait différente et en cela l'éducateur a un rôle important à jouer, effectivement, il ne lui suffit pas de dire ce qu'il faut faire, mais par et grâce au « faire » de permettre à l'individu de pouvoir exprimer sa singularité et pour cela il faut qu'il en ait les aptitudes et qu'il soit formé en conséquence.

G. Daumézon précisait : « On ne saurait cependant trop insister sur la nécessité de mettre, au centre de la formation, l'élaboration de l'expérience de la vie avec le malade telle qu'elle peut être menée avec ceux (les infirmiers) qui la partagent » (1974, p.720).

Il avait par ailleurs conscience de la difficulté majeure qui en résultait et que nous avons évoquée précédemment, car il convenait à la fois d'encourager cette dimension singulière de l'individu, tout en le faisant dans un contexte de socialisation où par définition

c'est l'insertion et l'intégration dans des processus collectifs qui primaient en dernier ressort.

Globalement c'est ce que G. Daumézon tentera de faire dans le registre d'une psychiatrie qu'il considérait comme sociale, tout autant que liée à une problématique de la sphère individuelle.

Lorsqu'il fera appel aux CEMEA c'est en partant de l'idée principale que l'action n'était pas une finalité à atteindre mais un moyen permettant de répondre à des objectifs, le jour où il estimera que cet organisme de formation ne sera plus dans cette perspective il prendra ses distances avec lui :

Et P. Bailly-Salin ajoutera : « Il faut rendre hommage à Monsieur Daumézon pour son effort persévérant à démystifier les thérapeutiques institutionnelles qu'il avait pourtant contribué à lancer, pour les garder de devenir des « activités en soi, des fins en soi » et leur rendre un caractère thérapeutique » (1958a, p.391).

Ce n'était pas alors le discours sur la réalité et plus généralement le « verbe » qui comptaient et c'est le reproche majeur qu'il faisait à la psychanalyse, mais le contact avec la réalité et avec l'expérience considérée comme une action, le travail, nous l'avons montré, occupant dans le projet de G. Daumézon une place privilégiée pour ce faire.

2-1-5. Les caractéristiques de la pédagogie institutionnelle de G. Daumézon

Il n'y a pas une théorie générale de la pédagogie institutionnelle, comme il n'y en a pas de la psychothérapie institutionnelle. On considérera plutôt qu'il s'agit de mouvements, fondés sur la praxis²⁰⁰, qui n'ont pas vocation donc à s'ancrer dans des formalisations intellectuelles académiques pour être mobilisés.

Parlant de H. Simon et le prenant en exemple, G. Daumézon dira d'ailleurs : « Si l'auteur n'avait fait que publier sa théorie voire ses plans, nul n'y aurait prêté attention, mais il a suscité une émulation par sa pratique » (1952c, p. 574).

²⁰⁰On définira la praxis comme une activité principalement psychique et physiologique ordonnée dans l'objectif d'atteindre un résultat pratique.

Rappelons au passage que le syntagme de pédagogie institutionnelle a été proposé par le psychiatre et psychanalyste J. Oury au Congrès Freinet de Paris du 3 avril 1958 (Imbert, 2010). J. Oury était également, nous l'avons évoqué, l'un des initiateurs, avec G. Daumézon et quelques autres psychiatres, L. Bonnafé et F. Tosquelles en particulier, de la psychothérapie institutionnelle.

La présentation qu'il faisait de la pédagogie institutionnelle était la suivante : « il s'agit de systèmes de médiation dans lesquels les personnes ne sont plus simplement face à face, mais parlent de quelque chose qui existe et œuvrent sur quelque chose qui existe en dehors d'eux et dont ils sont responsables » (2015, p.1).

Son frère F. Oury qui était enseignant en donnait de concert avec A. Vasquez, avec qui il menait des travaux sur cette question, la définition suivante : « Nous appelons pédagogie institutionnelle un ensemble de techniques d'organisation de méthodes de travail, d'institutions internes, nées de la praxis des classes actives » (Oury & Vasquez, 1998, p.246).

Il aura par ailleurs à cet égard une phrase célèbre où il énoncera que la simple règle qui permet d'utiliser un savon sans se disputer est déjà une institution, alors et bien évidemment considérée comme un espace psychique, F. Tosquelles ayant eu la même réflexion avec l'usage d'un ballon de football et G. Daumézon avec un bouquet de raffia.

Tous, en fait, soulignaient à la fois la simplicité de l'objet qui allait servir à l'établissement de relations fondatrices d'une institution et son impérieuse nécessité, à l'égal de l'introduction de l'imprimerie dans la classe à laquelle procéda C. Freinet, par exemple.

Pour celui-ci en effet dans un espace donné qui est celui de la classe, la première étape à mettre en place est de nature matérialiste par l'introduction d'un objet concret, tout en imaginant avec les élèves des nouvelles façons collectives de prendre des décisions à partir de ce point de départ (Desmet, 2015).

Souvenons-nous que G. Daumézon ne procédera pas autrement et qu'il créera dès 1947, et dans des conditions que nous avons précédemment énoncées, un journal et d'autres objets qui seront autant de matériaux pouvant servir de supports à des organisations et des systèmes de médiation.

Dans un second temps et puisque la démarche est collective, la notion de groupe ainsi que celle de sa dynamique interviendra avec importance à partir des matériaux constitués par ces activités et des liens et relations sociaux qui résulteront de leur mise en œuvre (Oury & Vasquez, 1972).

G. Daumézon, nous l'avons décrit, en fera un élément central de sa démarche d'éducation et de rééducation des malades et il ne manquera pas à cet égard de citer les travaux de J-L. Moréno et de K. Lewin (Daumézon, 1948a, 1952b).

Dans un troisième temps enfin une approche psychanalytique prendra en compte l'inconscient, générateur de conflits, de blocages et d'inhibitions dans le groupe, tout en voulant faire place à l'expression du désir et à son écoute.

On remarquera à cet égard que G. Daumézon prendra à l'instar de R. Fonviel (1989) davantage et de plus en plus explicitement en compte comme fondement de son action la dynamique des groupes et les approches psychosociologiques, plus que la psychanalyse.

Il ne réfuta pas cette dernière d'ailleurs mais il aura toujours une certaine distance vis-à-vis d'elle, partiellement pour les mêmes raisons que F. Oury qui exprimait clairement que la psychanalyse devait s'arrêter au seuil de la classe : « évitons, dira-t-il la situation duelle et le maître psychanalyste, dont on ne voit pas bien d'ailleurs comment il pourrait s'occuper personnellement d'autant d'enfants » (1983, p.25). G. Daumézon n'aura de cesse de dire la même chose au sujet des hôpitaux, compte tenu du nombre de malades qui s'y trouvaient et du peu de personnel qu'il y avait pour s'en occuper.

Mais c'est sans doute J. Pain (2003b) qui se rapprochera le plus des positions prises en la matière par G. Daumézon.

Pour lui en effet la psychanalyse n'est ni au centre, ni fondatrice du système de la pédagogie institutionnelle, qui repose avant tout sur le socle de l'institution, ce n'en est que l'un des trois pieds, le troisième temps dont nous venons de parler et elle doit également pouvoir laisser la place à d'autres sciences humaines, dont la sociologie principalement pour G. Daumézon.

Avant toute chose, il conviendra donc de se laisser guider par la praxis, ce que n'aura de cesse de répéter G. Daumézon, en mobilisant principalement des méthodes actives, ce que là encore il fera, nous l'avons vu, avec les CEMEA.

Puisque nous avons évoqué les frères Oury on notera que F. Oury qui était un ancien instituteur, s'intéressant à la question de la pédagogie dans le milieu scolaire, avait remarqué que les pratiques d'enseignement avaient beaucoup à voir avec celles que son frère utilisait à l'hôpital psychiatrique et que cela pouvait lui être bien utile pour éclairer ses problématiques de travail sur le groupe, le collectif, l'institution...

L'un donc voulait changer l'hôpital et l'autre le milieu scolaire, les deux travaillèrent d'ailleurs ensemble entre 1952 et 1954 à Herbaux dans un internat de rééducation, où virent entre autres le jour, les inventions à usages pédagogiques, des ceintures, du conseil, du permis de conduire... (Bénévent & Oury, 2009).

Il s'agira donc d'une rencontre entre deux mouvements l'un psychothérapique et l'autre pédagogique ayant le même dénominateur commun : l'institution.

J. Oury (1977) sera également celui qui fera le plus de lien entre l'hôpital et l'école, son étude sur la fatigue et l'angoisse des enfants en milieu scolaire suscita à cet égard autant d'intérêts que de controverses.

Il réunira également à la clinique de Laborde²⁰¹, pour travailler ensemble, des instituteurs et des psychiatres pendant que son frère se penchera sur les incidences thérapeutiques et psychologiques de l'utilisation de la méthode Freinet à l'école (Michaud, 1977).

Pour rappeler de façon succincte quelques éléments d'histoire au sujet de la pédagogie institutionnelle on précisera qu'en 1962 une scission s'opéra dans le mouvement Freinet à l'instigation de F. Oury, représentant du groupe de psychothérapie.

Celui-ci souhaitait valoriser l'apport de la psychanalyse dans le registre de la pédagogie et il s'opposa à celui de R. Fonvielle, représentant du groupe des techniques éducatives, qui voulait utiliser de façon plus importante les sciences humaines dans le champ de l'école.

La rupture entre la province et Paris était consommée de surcroît car le centre du mouvement C. Freinet était à Cannes. Enfin des tensions entre F. Oury qui valorisait l'apport psychanalytique et R. Fonvielle qui était plutôt le tenant de la valorisation de la dynamique

²⁰¹ La clinique psychiatrique de Laborde à Cour-Cheverny près de Blois sera ouverte en 1953 par J. Oury qui la dédiera à la mise en place de la psychothérapie institutionnelle, elle existe toujours.

des groupes, entraîna F. Oury et A. Vasquez à créer en 1964 le « Groupe d'éducation thérapeutique » qui dura jusqu'en 1976.

Au final selon F. Oury :

« Théoriquement au moins, l'hôpital produit du soin pendant que l'école produit du lire-écrire-compter [...] mais c'est de la même famille, ça se ressemble [...] Bien des techniques poursuit-il sont communes, même souci d'introduire des médiations, de favoriser les échanges, de régler l'ambiance, de partager tâches et responsabilités, d'entendre les demandes, le dit et le non-dit » (1983, p.25).

Et surtout de transformer l'institution, l'école caserne comme les asiles, assimilés au même Appareil Idéologique d'Etat (Althusser, 1976).

Pour cela il fallait soigner l'institution, l'école, l'hôpital psychiatrique, en transformant le milieu et créer, conclura F. Oury, des institutions dans l'institution, nous avons vu que G. Daumézon les avait appelés des « isolats thérapeutiques ».

Psychothérapie institutionnelle et Pédagogie institutionnelle ne sont pas des théories donc, des techniques non plus, mais des praxis qui ont un dénominateur commun : être dans l'institution et en envisager sa transformation.

C'est ainsi que, pour J-P. Pourtois et H. Desmet, toutes les deux reposent sur la base : « d'une contestation des structures (psychiatriques, scolaires...) traditionnelles (où) surgit le mouvement institutionnel. Celui-ci s'instaure à partir d'une critique de l'univers bureaucratique » (1997, p.290).

Il faut donc par la pratique institutionnelle comprendre, puis déstructurer et restructurer le milieu pour qu'il ne soit plus aliénant en permettant l'émergence de nouvelles praxis (Pain, 2003a).

Il s'y adjoindra nécessairement une analyse de ces structures qui permet de la pratique institutionnelle et attention précisent J-P. Pourtois et H. Desmet (1997) en réponse à une critique de la pédagogie institutionnelle qu'on lui a souvent faite, de ne pas vouloir se contenter que de chercher uniquement à adapter différemment l'homme à son environnement.

Il faut plutôt que la pratique institutionnelle se propose de lui donner ou de lui rendre sa conscience critique.

Par définition et comme le but recherché est la déstructuration reconfiguration de l'institution, il n'y a pas lieu de ce fait d'imaginer un schéma institutionnel type qui échapperait à la nécessité de la singularité de son émergence.

Evidemment il y a des éléments de structure et de référence, dont la nature est variable selon les cas, nous avons vu qu'il pouvait, par exemple, y avoir prévalence de la psychanalyse et/ou de la dynamique des groupes considérée d'un point de vue psychosocial.

A l'évidence donc et au fur et à mesure de la lecture de cette partie de notre travail, il apparaît que l'action de G. Daumézon peut être apparentée à ce qui caractérise le courant de la pédagogie institutionnelle et qui présente de grandes similitudes avec celui de la psychothérapie institutionnelle, qui en a inspiré un certain nombre d'aspects d'ailleurs (Tosquelles, 1982 ; Oury, Oury & Pochet, 1986).

Il n'en fit jamais état pourtant, semblant ne pas vouloir se prononcer, au sujet du domaine de la pédagogie, car il estimait ne pas être qualifié pour le faire, ce qui ne l'empêcha pas nous l'avons vu d'être novateur en la matière et d'avoir permis une réflexion féconde sur un certain nombre de ses dimensions.

Cela nous conduit à postuler que G. Daumézon a effectivement été très proche dans son action du courant de la pédagogie institutionnelle à laquelle il a contribué par son action.

Nous proposons, pour en convaincre définitivement, un tableau concernant les principales caractéristiques de la pédagogie institutionnelle, élaboré à partir d'une classification de P. Pourtois et H. Desmet (1997, p.297).

Nous y verrons que toutes les caractéristiques de la pédagogie institutionnelle peuvent se retrouver dans l'action qui a été menée par G. Daumézon et dont nous avons fait état. Il nous reste maintenant à examiner s'il a fait œuvre de pédagogue, et en quoi ?

Tableau n°4 : Correspondances entre les caractéristiques de la pédagogie institutionnelle selon J-P. Pourtois et H. Desmet et les démarches entreprises par G. Daumézon au titre de la psychothérapie institutionnelle.

Caractéristiques de la pédagogie institutionnelle	Correspondances avec la démarche de psychothérapie institutionnelle de G. Daumézon
Critiquer et démonter les structures institutionnelles	Oui
Créer de nouvelles structures institutantes émanant d'une décision collective	Oui
Redistribuer le pouvoir	Oui
Articuler le pédagogique et le politique, le but étant la désaliénisation de l'individu	Oui
Responsabiliser	Oui
Restituer la parole à chacun	Oui
Faire récupérer la conscience critique	Oui
Susciter la prise de décision	Oui
Analyser le poids des normes et du système de valeurs	Oui
Recourir à des techniques de la pédagogie active	Oui
Intégrer les principes démocratiques	Oui
Inciter à une vie coopérative entre les activités de production et dans le partage des ressources	Oui
Donner à chacun une fonction et un statut de façon non figée	Oui
Réguler les tensions et les conflits grâce à l'échange et la participation aux prises de décisions	Oui
Accorder toute son importance au milieu qui structure l'individu	Oui
Prendre en compte le sens caché, le non-dit dans les situations éducatives	Oui

2-1-6. G. Daumézon pédagogue ?

Si être pédagogue (du grec *paidagōyos*) c'est ce qui caractérise une personne qui a l'art d'enseigner, d'éduquer et qui sait expliquer le sens de ce qui se fait, tout en le faisant dans le contexte de l'éducabilité²⁰², alors nous pensons que G. Daumézon le fut sans conteste dans le domaine de la psychiatrie et surtout à l'époque où il exerça.

Son action justifia, nous pensons l'avoir montré, que ce travail lui soit consacré au titre de l'acteur exemplaire qu'il fut dans le contexte de l'examen de certaines des relations existant entre l'éducation et la psychiatrie.

Nous avons en effet mis en évidence en quoi il l'a interpellé, par les médiations des activités, la rééducation n'étant pour lui que la traduction de la réalisation d'une nouvelle éducation, se complexifiant éventuellement de ce qui restait de la précédente.

Nous avons également envisagé comment il a été concerné par la pédagogie institutionnelle lorsqu'il a mobilisé la psychothérapie institutionnelle, en l'enrichissant de ses pratiques et de ses réflexions.

Nous allons maintenant aborder les questions de savoir en quoi et comment il a pu être un pédagogue en matière de formation ; dans des démarches et un projet qui méritent d'être, non seulement reconnus mais aussi utilisés au titre des champs réflexifs féconds auxquels ils renvoient.

A cet égard, on aura immédiatement remarqué que son intérêt s'est porté d'emblée sur la formation et qu'il se proposait également pour former d'utiliser des approches pédagogiques novatrices.

Cela le situera explicitement dans le registre de ce que l'on appela les pédagogies nouvelles qui se différenciaient totalement des pédagogies, dites traditionnelles, jusque-là dominantes.

Il est certain et G. Daumézon l'évoquera à plusieurs reprises, que cela relevait d'abord de sa propre insatisfaction quant aux formations qu'il avait reçues, qu'elles soient scolaires ou liées à sa formation médicale (1968a).

²⁰² L'éducabilité est le fait intangible de considérer comme éduicable celui que l'on veut éduquer. P. Meirieu (2008) lui adjoint le principe de non réciprocité qui est le fait de ne pas exiger de l'autre, ni soumission à un résultat déterminé, ni redevabilité.

Mais sa démarche s'inscrivait aussi et surtout dans un vrai et vaste projet social autant que professionnel où l'éducation, la pédagogie et la formation devaient avoir, en répondant au principe premier de l'éducabilité, une fonction autant émancipatrice que transformatrice pour les personnes, qu'elles soient soignées ou soignantes.

En cela il postula à l'intention de ces deux publics que l'éducation était adaptation progressive et il fonda sa conception en la matière sur l'idée principale que cela présupposait d'avoir d'abord mobilisé l'intérêt de la personne à éduquer, dans la sphère qu'il qualifia de la « réalité concrète », persuadé comme F. Oury que c'était le milieu qui éduquait et pas l'éducateur (Pesce, 2009).

Dire qu'il plaça pour cela l'action au cœur de ses démarches et de ses projets est un euphémisme, puisqu'il ira jusqu'à proposer l'abandon d'une clinique psychiatrique, qu'il ne trouvait plus adaptée, pour la remplacer par ce qu'il appellera une nouvelle clinique de l'activité.

Que l'on ne se méprenne pas toutefois sur le sens que G. Daumézon donnait à l'action, qu'il ne limitait pas à un geste ou à un mouvement, nous l'avons déjà spécifié, mais qu'il considérait avant tout, sans s'y résumer néanmoins puisqu'elle pouvait être aussi création, innovation, comme une conduite sociale et on se souviendra que la sociologie était pour lui la science première de la compréhension de la psychiatrie.

A cet égard on se rendra compte de la proximité de pensée d'A. Touraine avec G. Daumézon le premier précisant :

« Une action sociale n'existe que si en premier lieu elle est orientée vers certains buts, orientation dont on soulignera plus loin qu'elle ne doit pas être définie en terme d'intentions individuelles conscientes, si en deuxième lieu l'acteur est placé dans des systèmes de relations sociales, si en troisième et dernier lieu l'interaction devient communication grâce à l'emploi de systèmes symboliques dont le plus manifeste est le langage » (Touraine, 1965, p.17).

Dans un autre registre au niveau de la formation des personnels paramédicaux, mais surtout et avant tout infirmier, nous avons plusieurs fois rappelé pourquoi il s'était préoccupé de ce personnel pour lequel il convoquera principalement, afin de contribuer à sa formation, ce qui relevait du courant de la pédagogie active.

Il partait pour cela du principe, selon lui fondamental, que le quotidien était le creuset principal où pouvaient s'élaborer des relations soigné/soignant authentiques car spontanées et reposant, non sur la domination d'un savoir (médical) qui dictait « pour exécution » ce qu'il y avait à faire, mais sur la mobilisation à partir de la pratique infirmière d'un savoir du « faire-partagé » comme l'appelait L. Bonnafé.

A ce titre, il envisagea véritablement et il fut l'un des rares dans ce cas, de changer radicalement le métier d'infirmier en psychiatrie en proposant de lui donner la possibilité d'accéder à un savoir qui lui soit spécifique et d'abandonner le pseudo-savoir médical inefficace et inadapté dans lequel, selon lui, on le cantonnait.

Schéma d'inculcation que l'on continue d'ailleurs d'appliquer davantage aujourd'hui et qui s'est encore complexifié par la perte progressive des savoirs psychiatriques, au détriment des savoirs que nous qualifierons, pour simplifier, de somatiques et d'une approche méthodologique qui appréhende de façon de plus en plus virtuelle le quotidien du patient.

G. Daumézon (1968a) pensait en outre que c'était surtout le moyen pour le corps médical d'asseoir son pouvoir en exerçant pour cela un monopole sur les savoirs et les pratiques de l'ensemble des autres professionnels de santé (Ruel, 1977).

Il reconnaissait d'ailleurs cette qualité à H. Ey de prôner que ce qui importait : « était exclusivement de comprendre et non de faire adopter un savoir » (Daumézon et *al*, 1978, p.9).

P. Bailly-Salins ajoutera : « C'est en cultivant (chez l'infirmier), en éduquant ce sens de la compréhension d'autrui que l'on peut aborder des attitudes psychothérapeutiques » (1958, p.395).

J. Ayme poursuivra à propos des stages CEMEA initiés par G. Daumézon : « Ils (les infirmiers) y ont découvert la valeur dynamique de leurs relations avec les malades, que leur attitude ou leur parole modifie le comportement de l'autre, qu'ils sont eux-mêmes des instruments thérapeutiques » (1959, p.478).

On lui reprochera d'ailleurs et ses collègues ne s'en priveront pas, de faire du savoir infirmier un savoir original ou de mésestimer la théorie en favorisant beaucoup trop la connaissance empirique²⁰³.

G. Daumézon réfutera ces critiques en assénant que l'on ne doit pas confondre ce qui permet de comprendre, de ce qui est opérationnel et qui permet d'agir.

Il prenait alors pour étayer son propos l'exemple du diagnostic :

« Bien entendu, je n'entends pas que l'on refuse à l'infirmier des indications sur la nosographie. Au reste contrairement à ce que dit Roumieux (un infirmier ayant été l'un des premiers à publier), sans doute fasciné sur ce point par un discours mystificateur moderne, les infirmiers sont avides de connaître le diagnostic du patient. Mais l'information sur ce point doit permettre de saisir que celui-ci n'est que manière de voir opérationnelle et jamais l'indication d'un existant » (1974, p.726).

G. Daumézon posera ce faisant et il y reviendra constamment, la problématique de la nature et des relations entre les savoirs qu'il qualifiera de théoriques et très souvent d'informatifs pour les uns et les savoirs qu'il appellera pratiques pour les autres, J-M. Barbier (2004) les appellera d'action ou d'expérience, c'est-à-dire ceux que l'on peut acquérir directement des « actes de travail ».

Nul besoin alors pour G. Daumézon de connaissances théoriques préliminaires qui soient démesurées et surtout de nature médicale, puisque d'abord elles ne correspondraient pas au travail effectué par les infirmiers et qu'ensuite parce que celles qui étaient nécessaires se trouvaient déjà incluses dans l'action en elle-même, de façon intrinsèque et dans les situations qui leur servaient de contexte (Joas, 2008).

Le malade pour G. Daumézon n'attendait pas de la part de l'infirmier de discours sur ce qu'il y avait à faire, il attendait de lui que cela se fasse ou se dise dans l'instant, voilà pourquoi, à ce titre, le quotidien était pour lui déterminant.

Il n'opposait pas non plus ce faisant la théorie, qu'il appellera fréquemment à une époque l'information, et la pratique, mais il les différençait dans leur fonction : la théorie étant principalement pour lui un produit et la pratique un processus (Latour, 2004).

²⁰³ On fera le même reproche à F. Basaglia, le chantre italien du mouvement anti-institutionnel psychiatrique, qui ne contestera jamais la nécessité de l'existence d'un savoir psychiatrique et de sa mobilisation. La question, sensible, portant ensuite sur la nature de sa constitution (Louzoun & Stylianidis, 1987).

Dans la perspective envisagée de la véritable constitution d'un savoir infirmier, à partir de cette pratique et de ce quotidien, on remarquera toutefois que, bien souvent, seuls les savoirs théoriques sont formalisés, il en va bien différemment des savoirs d'expérience et d'action, que l'on qualifie parfois de savoirs incorporés, devant être réfléchis individuellement et collectivement par l'analyse des pratiques afin de pouvoir être exprimés et partagés.

Or pour faire reconnaître socialement son savoir il faut le formaliser, dans un environnement social où ce qui priment ce sont les savoirs constitués, écrits et non ceux de la pratique (Jobert, 2005).

Et fréquemment, il faut bien avouer aussi que les savoirs théoriques ont un « pouvoir social » plus important en terme de reconnaissance que les savoirs d'action, sans parler de la place accordée aux savoirs existentiels (Niewiadomski, 2002), pour peu que l'on y prête existence, et que l'approche vitaliste des relations humaines par G. Daumézon rendait très importants à ses yeux.

Le problème de la mainmise des médecins sur la formation des infirmiers et des savoirs médicaux sur tous autres savoirs venant d'ailleurs de l'hyper valorisation qui est accordée, quoiqu'on en dise, à ces savoirs formalisés.

M-F. Collière constatait et regrettait également la domination du savoir médical sur les savoirs des autres professionnels de santé et en particulier les infirmières, elle donna sur les raisons de cette domination l'explication suivante :

« Toutes les traditions issues des pratiques populaires vont connaître un lent processus d'érosion qui s'accéléra avec l'exode rural, l'urbanisation et les métamorphoses socio-économiques survenues au cours du XIX^e siècle. De plus, sauf exception, parce que les connaissances empiriques, issues des pratiques du corps, n'ont pu être directement transcrites dans des écrits qui soient leurs par celles qui en détenaient le savoir, le fossé existant entre les gens instruits et ceux de la tradition orale constamment perçus comme ignorants ou comme détenant des savoirs dangereux et maléfiques ne va pas cesser de se creuser » (1982, p.5).

L. Boltanski rappellera quant à lui que :

« Seul le médecin a le droit de savoir et de soigner et qu'un peu à la fois les membres des classes populaires ont été dépossédés des savoirs et des recettes qui étaient les leurs (la médecine populaire)

et qui leur permettaient de comprendre la maladie et la maîtriser en l'intégrant à l'univers des causes coutumières et connues par avance » (cité par Ruel, 1977, p.136).

On comprendra dans ce contexte combien G. Daumézon s'attaquait à forte partie en contestant la mainmise du savoir médical sur tout autre expression de savoir et en prônant la nécessité qu'il y avait à permettre, voire à encourager, l'émergence d'un savoir infirmier qui soit strictement spécifique à ce corps professionnel.

L. Bonnafé (1980) remarquera que cette démarche pouvait, compte tenu du contexte où elle se réalisait, être qualifiée de subversive et il n'avait pas tort, on appréhende un peu mieux alors pourquoi G. Daumézon eut si peu d'héritiers et sans doute pourquoi son nom, comme son œuvre d'ailleurs furent si vite oubliés dans certains domaines et en particulier dans celui de la formation.

Celui-ci pris d'ailleurs conscience un peu à la fois et exprima de plus en plus fréquemment que toute démarche de désaliénation ne pouvait être : « que la reconnaissance du conflit social qui s'interpose entre les acteurs et les valeurs culturelles » (Maisonneuve, 1973, p.201).

Il fut encore plus précis sur ses intentions à la fin du courrier qu'il adressa à ses collègues et qui provoqua les rencontres de Sèvres : « Il n'y a pas de révolution sans doctrine révolutionnaire ; il n'y a pas de révolution sans parti, l'un et l'autre découlant d'une analyse lucide de la situation » (Daumézon cité par Ayme, 1980, p.6).

Il s'agissait bien pour lui d'une lutte, d'un combat²⁰⁴ qui devait procéder, comme le mettra en avant A. Touraine (1969), à la déconstruction reconstruction de l'institution à partir du développement des potentialités expressives et créatrices de ceux qui se trouvaient et qui composaient cette institution.

Sans cela nulle action transformatrice d'envergure n'était possible, dans un ensemble plus porté à l'immobilisme et à la reproduction mécanique de phénomènes de domination et de privilèges.

C'est ce qui explique aussi qu'à un certain moment G. Daumézon (1957a, 1974) s'écartera de plus en plus des organismes de formation, même comme les CEMEA, qu'il estimait, à leur

²⁰⁴ Selon I. Von Bueltzingsloewen (2010), G. Daumézon définissait l'engagement comme une nécessité impérieuse face à laquelle on ne pouvait pas se dérober ».

corps défendant être de plus en plus dépendants des institutions pour lesquelles ils travaillaient et de moins en moins en capacité d'être des vecteurs potentiels de changement et de transformation de ces institutions.

C'était pour ce même motif et parce qu'il pensait que cela allait ou risquait de plus en plus de se passer comme cela, qu'il organisa, ainsi que nous l'avons relaté, les rencontres de Sèvres, avec ce qu'il en avait résulté lorsqu'il s'était agi de savoir si l'infirmier était ou pouvait devenir « psychothérapeute ».

Il en tira un certain nombre de leçons et pris alors ses distances avec la principale voire la seule institution qu'il avait jusqu'alors connue : l'hôpital, mais il ne regretta rien de cette large page fondamentale de sa carrière qui indéniablement se tournait.

Un dernier article de sa part, que nous allons examiner et qui parût six mois avant sa mort en apporte, autant la démonstration, que l'expression de ses regrets et de ses espoirs.

Encart N° 12 : Un infirmier et un médecin témoignent de la complexité des relations entre ces deux acteurs de soins en psychiatrie (entretiens avec Krzyzaniak, 2015).

Le point de vue d'un infirmier :

« Moi j'ai eu de la chance de travailler au CP2A²⁰⁵ donc [...] je faisais des gardes avec des médecins de différents secteurs. Il y avait des médecins avec qui on savait qu'on pouvait échanger, qu'on pouvait discuter, qu'on pouvait se montrer en désaccord pour certaines situations.

D'autres médecins, bon c'est vrai que ce n'était pas la peine de discuter, ils nous demandaient notre avis mais qu'on lui dise oui ou non il avait déjà sa réponse avant, donc ça ne servait à rien.

Ici dans le service ils sont disponibles, on arrive à bien échanger, mais c'est vrai que des fois... Bon c'est plus avec les internes qu'on a des petits soucis qu'avec les médecins. Il n'y a pas longtemps il y a eu des clashes avec les médecins, pas des clashes directs, mais voilà nous on disait que les médecins allaient toujours chercher les mêmes personnes pour faire les entretiens donc c'était des bricoles comme ça quoi, qu'on essaie de partager.

Parce qu'il y a certains médecins qui étaient rassurés d'avoir un homme avec eux pendant l'entretien comme si on était un garde du corps alors que, qu'on soit homme ou femme, on est en psychiatrie, on sait dans quoi on va, on est formé, donc je pense que c'est fini de dire : « Voilà en psychiatrie il ne faut que des gros bras ».

On n'est pas des gardiens, donc qu'on soit un homme ou une femme on peut, on est capable de (le faire). De toute façon on est pareil. Et parfois même avec une femme ça va mieux passer [...] Une femme c'est quand même plus doux donc parfois elles vont mieux apaiser la situation qu'un homme [...].

Il y en a qui comprennent qu'on est une équipe. Je pense que vraiment on travaille en équipe, que ce soit aide-soignant, médecins, tout ça, on voit tous des choses, on est là pour échanger. Je pense que c'est fini l'époque du... enfin j'espère que c'est fini en tous cas l'époque de Dieu le chef, du médecin Dieu, ça se voit encore dans certains trucs, mais bon, voilà, je pense qu'on est tous au même niveau, mon médecin ce n'est pas elle le chef [...] mais enfin voilà donc heu... il y en a ils ont du mal... on est des infirmiers (pour eux), c'est tout [...].

Tout ce qui est prescriptions tout ça c'est lui [...] c'est lui qui est sur tout ce qui est diagnostic, tout ça. Justement nous on peut l'aider à son diagnostic parce qu'on est tous les jours avec le patient, il y a des choses qu'on verra et que lui n'aura pas vu.

C'est lui qui a le dernier mot en général dans la prise en charge. C'est lui qui dirige un peu. Donc nous on donne notre avis, donc des fois on peut changer certaines choses bien sûr, mais bon...

Après je ne me suis pas vraiment posé cette question encore. Ce n'est pas un chef, [...] ça devrait être un collègue ».

²⁰⁵ Un Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CPAA) est une structure de soins et d'orientation qui procède à l'accueil, sur place ou téléphonique, des personnes 24h/24H et qui peut procéder à des hospitalisations de très courtes durées.

Le point de vue d'un médecin :

« On arrive tous avec notre personnalité, mais j'étais assez naïve quand je suis arrivée, je me disais : on agit tous avec bienveillance etc. moi j'avais cette image-là.

Et au fur et à mesure je trouve qu'il y a quand même des éléments dans des équipes qui ne sont pas bienveillants, [...] et outre le fait que ça génère des difficultés institutionnelles parce que ça clive, ils clivent les patients avec les médecins etc. [...].

Vraiment moi je voulais toujours travailler à l'hôpital c'est encore quelque chose que je veux parce que malgré tout le travail en équipe, quand c'est une équipe qui marche c'est quelque chose qui est super [...].

Il y a certains services aussi où je me suis dite que je n'aimerais pas être soignée là quoi. En tant que patient... après il y a des équipes qui sont géniales et il y a des médecins qui ne le sont pas... ce n'est pas forcément que les infirmiers, d'une manière générale hein dans certaines équipes c'est aussi des médecins qui engendrent des choses (qui ne sont) pas positives du tout [...].

Heureusement j'ai changé, j'ai perdu en naïveté, je ne vais pas dire (que je suis) désabusée parce que je suis au début de ma carrière mais voilà j'ai pris conscience qu'avec certaines personnes j'ai des distances (à avoir).

Parce que moi j'aime bien aussi avoir un contact proche avec les équipes et pour moi c'est important de prendre des décisions avec les aides-soignants, les infirmiers qui sont 24h/24 avec le malade.

Mais quand j'apprends, parce qu'on ne me le reproche pas directement, que je passe trop de temps à discuter avec des équipes, que ça leur fait perdre du temps et qu'ils trouvent que du coup je ne sais pas prendre de décision...

Ce n'est pas ça le problème, je sais prendre des décisions, c'est que j'aime prendre une décision collégiale. Mais qu'on me le reproche (alors) je suis désolée mais moi à un moment je vais dire ok, je vais prendre ma décision et je ne vais plus consulter.

On est dans un climat de difficultés institutionnelles en ce moment donc on n'a pas mal de... j'ai pas mal de colère. Je pense que comme toutes les difficultés institutionnelles ça peut s'arranger, mais je pense que (pour cela) il faut que l'on ait des réunions, et pas que des réunions entre médecins, mais que les infirmiers puissent dire aussi leurs ressentis, parce que je pense que si des infirmiers nous reprochent quelque chose c'est qu'ils n'ont pas la possibilité de le (faire). J'ai l'impression qu'il manque un espace de parole. C'est mon impression ».

2-2. LA FIN DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES ?

G. Daumézon fut un pédagogue de l'action qui continua de problématiser et de mettre en lien des relations, déjà établies pour certaines par ses prédécesseurs, entre l'éducation, la pédagogie, la formation et le soin, dans une psychiatrie prise dans sa dimension institutionnelle.

Certes il ne fut pas le seul à remettre en question cette institution telle que nous l'avons caractérisée, mais il sera celui, qui le plus explicitement sans doute, proposera pour ce faire une approche générale et un ensemble de propositions et d'actions qui s'inscriront dans le registre d'une pratique soignante novatrice, qu'il contribua à mettre au service des malades.

Ce faisant il poursuivra, nous l'avons montré, une démarche déjà entamée au siècle précédant le sien, dont il s'inspira sans conteste, mais vis-à-vis de laquelle il alla beaucoup plus loin pour tenter de la rendre à nouveau thérapeutique.

Nous avons d'ailleurs précisé dans ce travail dans quelle mesure une institution asilaire s'était selon lui et cet avis était partagé par un certain nombre de ses collègues, détournée des intentions initiales de ses concepteurs afin de ne plus être que coercitive et aliénante pour les malades, mais aussi pour les soignants.

En ce qui concerne la question de la formation des personnels nous avons montré la précocité et l'étendue de son engagement, mais nous avons également souligné ce que cela lui a valu de déceptions et d'incompréhensions.

Qui plus est décédé en 1979, il n'a pas connu la disparition des formations infirmières spécifiquement psychiatriques, on imagine s'il avait encore été là, sa réaction devant cet état de fait et le combat qui aurait été le sien pour la maintenir ou au moins tenter de le faire.

« Le fil est coupé » dira-t-il au terme de sa carrière pour faire le constat de l'arrêt de la transformation d'une psychiatrie dite « institutionnelle » qu'il avait portée sur les fonds-baptismaux.

Car s'il admettait que l'hôpital psychiatrique « s'était ouvert » et que certaines activités autrefois pertinentes ne l'étaient plus, il n'avait de cesse de regretter que les administrations aient ainsi « récupéré » nombre de ces activités pour leur propre bénéfice.

Elles le faisaient en cherchant à les rentabiliser et en brisant ainsi fréquemment les démarches éducatives et les mouvements de psychothérapies institutionnelles qu'on avait essayés de mettre en place.

G. Daumézon (1972) fera le constat qu'il voyait de moins en moins comment cette forme de psychothérapie pouvait encore être mobilisée dans un tel contexte d'opposition, de résistance, de détournement et il s'interrogea même sur l'utilité de la poursuivre.

H. Ey, néanmoins, verra surtout dans ses propos et cette prise de position, l'expression fougueuse d'un caractère trop entier et non une remise en cause des principes fondateurs de son action, nous avons d'ailleurs précédemment relaté les propos de G. Daumézon sur la question.

D'autant que son analyse reposait aussi sur des éléments tangibles, ainsi qu'en témoigne une enquête menée en 1960, sous sa responsabilité, dans 31% des hôpitaux psychiatriques français et qu'on peut donc à ce titre considérer comme étant significative.

Il s'en dégageait qu'un peu plus d'un malade sur deux, hommes et femmes confondus, avaient une activité : ménage, services généraux ou techniques, buanderie, lingerie, ferme et travaux agricole... sans réel suivi thérapeutique, hormis des exceptions précisera G. Daumézon comme à St Alban, où exerçait F. Tosquelles (Bernhard, Daumézon, Zissman, 1960).

Cela démontrait bien que ces activités étaient alors surtout réalisées pour diminuer les frais de fonctionnement des hôpitaux psychiatriques et les auteurs de l'enquête concluaient que c'était bien un souci de rentabilité qu'avaient avant tout les administrations envers ces activités.

Cet état de fait, auquel il était très sensible, altérait d'autant plus les projets qu'il tentait de mettre en place.

Il faut en effet ici se rappeler qu'il s'agira moins pour des psychiatres, dont G. Daumézon, de solutionner définitivement le problème des symptômes des maladies mentales que d'envisager et d'optimiser les conditions qui seraient propices à la réinsertion sociale du malade.

L'objectif était en effet qu'il puisse à nouveau vivre dans la société où se trouvait sa place naturelle et il fallait alors pour cela créer des espaces sociaux où on pourrait travailler à sa

réadaptation, précisons-le dans le sens piagétien du terme et non pour le conditionner, reproche souvent fait à la psychothérapie institutionnelle.

Pour J. Chazaud : « la construction de cet espace nécessite par ailleurs de modifier les rapports de ceux qui vont s'y trouver, la loi n'est plus celle des dominants et des dominés il faut communiquer pour cela [...] c'est alors que le thérapeutique passe dans l'institution » (1978, p.14).

Jusqu'à 1951 G. Daumézon en tant que médecin mais aussi directeur de l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais pensa pouvoir mener son action sans trop de freins, ne serait-ce qu'administratifs, au niveau d'une institution psychiatrique qu'il dirigeait dans sa totalité.

Sa déception, nous l'avons souligné, fut extrêmement importante lorsqu'il perdit, non sans résister, cette fonction de directeur au profit d'un « administratif ».

Il préconisera d'ailleurs dans un rapport ultérieur la nécessité d'avoir un directeur médical dans un hôpital psychiatrique, afin d'en diriger la politique générale, tout en étant assisté d'un administrateur.

Il n'y avait point de narcissisme dans cela, le portrait que nous en avons fait, avec l'aide de ceux qui l'ont connu, attesterait si besoin qu'il n'en faisait pas preuve, mais l'intense déception de ne plus disposer des moyens suffisants et satisfaisants de mettre en place le projet de psychothérapie institutionnelle tel qu'il s'attachait à le faire depuis plusieurs années (Daumézon, Ey & Fouquet, 1953).

Il tenta alors, de se replier dans ce qu'il appela des « isolats thérapeutiques », subdivisions de cette institution prise dans sa totalité, puis à l'extérieur de cette institution où il finit de se persuader que cela n'était plus possible de le faire avec pertinence.

Dès après 1951, époque de ses déconvenues avec l'administration hospitalière, il fut toujours lucide sur le combat qui serait à mener avec « l'administration technocratique », ceux qui décident sans savoir ou en ne voulant pas savoir.

Car ce qui pour lui posait problème dans les institutions psychiatriques, cela n'était pas tellement d'envisager ce qu'il convenait d'y faire pour les rendre soignantes, mais d'avoir les moyens et la liberté, dans le sens de l'autonomie, nécessaires pour pouvoir le faire.

Ici se situe sans doute la correspondance, l'analogie entre le phénomène de l'aliénation dans les institutions psychiatriques que G. Daumézon a connu lors de ses débuts professionnels et celui, réactualisé, qu'il sentait poindre sur le dernier terme de sa carrière et qui s'est développé jusqu'à aujourd'hui.

L'homme aliéné est en effet désormais celui qui n'a d'autres rapports aux orientations sociales et culturelles de sa société et/ou de ses déclinaisons institutionnelles, que ceux qui sont considérées comme compatibles avec le maintien de sa domination par la classe dirigeante, qui n'aura alors de cesse d'agir pour maintenir son pouvoir (Touraine, 1965, 1969).

L'aliénation est très certainement maintenant plus difficile à mettre en évidence car elle s'exprime de façon plus subtile et la manipulation sous toutes ses formes s'est substituée à la coercition abrupte et visible (Nayman, 2015).

Par ailleurs il est illusoire pensait G. Daumézon d'imaginer une société vierge de tout phénomène d'aliénation et cela n'est pas le propre des institutions psychiatriques que d'être concerné par ce phénomène, cela vaut dans bien des institutions, et si l'on distingue l'aliénation sociale, de l'aliénation mentale, il semble bien que l'aliénation soit une structure de l'être humain, qui ne peut être considérée en dehors de sa condition sociale.

Pour autant cela ne veut pas dire qu'on accepte cette aliénation, cela veut dire que l'on en a conscience et que l'on va essayer de composer avec (Enriquez, 1972).

L'un des aspects de certaines maladies mentales et l'on pense surtout ici aux psychoses, c'est alors peut-être de ne pas avoir conscience des phénomènes d'aliénation sociale dans lesquels nous évoluons et vis-à-vis desquels nous recherchons des solutions de compromis qui nous conviennent au mieux.

Alors s'il est avéré pour G. Daumézon que la participation à la vie sociale permet de concourir à la santé mentale²⁰⁶ et que le refus d'y participer entraîne des troubles de la même nature, cette vie sociale doit donc « être » dans les institutions psychiatriques, même et surtout si elle entre en conflit avec le cadre rigide de ce qui est institué.

Il n'y avait pas plus pour G. Daumézon de société entièrement répressive, que de possibilité d'assouvir sans limite son désir et c'était pour lui le propre de l'éducation de trouver un équilibre entre les deux, entre le désir et la loi, soi et autrui, il y voyait la condition de la sociabilité (Marcuse, 1955).

A l'issue de ce travail, tel qu'il en est de sa réalisation, on pourrait imaginer que pour G. Daumézon et c'est l'analyse que feront de plus en plus nombreux de soignants, nous arrivons au terme de l'histoire d'une institution psychiatrique, surtout hospitalière, dont nous avons par ailleurs retracé les conditions historiques de son apparition et de son évolution.

Nous avons également souligné qu'en précurseur, il dira que cette institution est tellement difficile à transformer qu'il convient d'éviter au maximum que des personnes ne soient amenées à y venir et si c'est le cas le moins longtemps possible²⁰⁷.

Il ne considéra jamais en effet que « l'hôpital ne puisse fournir une aide à la thérapeutique sinon il n'y aurait plus exercé aucune fonction (Brégéon, Daumézon, 1974).

Cette démarche contribuera à la création puis au développement à partir de « la circulaire de 1960 »²⁰⁸, à l'élaboration de laquelle il contribuera fortement, de la mise en place de la politique dite de secteur sous la forme d'une zone géographique à laquelle seront attribués des moyens spécifiques, avec l'objectif de dispenser avec la même équipe des soins psychiatriques au plus près de la population et d'éviter autant que faire se peut les hospitalisations.

²⁰⁶ L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé en général comme suit : « Un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (Site de l'OMS, 2016).

²⁰⁷ Lire sur ce point, Daumézon, G. (1971c) : *Psychiatrie et psychotiques aujourd'hui*.

²⁰⁸ Circulaire du 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Sur la question du secteur on peut lire de la part de G. Daumézon (1964) : *Problèmes de la psychiatrie de secteur en France et : Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France* (1977).

Se développeront alors, entre autres, les Centres médicaux psychologiques, les Appartements thérapeutiques, les Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, les Centres d'accueil (et d'orientation) permanents, dont G. Daumézon sous une certaine forme à nouveau fut l'un des initiateurs, lors de la mise en place à son instigation de la consultation psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) qui porte aujourd'hui son nom à l'hôpital Ste Anne de Paris.

La problématique de l'institution psychiatrique aliénante ne semblait plus alors devoir être qu'un souvenir du passé, une page de l'histoire que l'on avait tournée.

C'est une approche, que J. Ayme (2009) qualifiera de candide, qui avançait avec certitude que désormais les institutions psychiatriques ne seraient plus aliénantes, puisqu'on avait ouvert un certain nombre de portes et que l'on s'attacherait grâce à des prises en charge dites alternatives (à l'hospitalisation) se réalisant hors « les murs » des hôpitaux, dans ce que l'on appelle le secteur, à ce que de moins en moins de personnes n'y soient admises.

Aussi à partir de 1970 environ l'hôpital deviendra de ce fait et de plus en plus un mauvais objet et « l'extra hospitalier » la société « hors les murs » un endroit idéalisé qui fera que pour certains soigner ne consistera plus bientôt qu'à éviter plus que tout l'hospitalisation.

L'usage des neuroleptiques s'était en même temps généralisé (à partir de 1952) et augurait la montée en puissance de la nouvelle psychiatrie biologique, calmant les agitations, gommant les symptômes, mais désocialisant fréquemment, compte tenu de leurs effets secondaires chez ceux qui en prenaient.

Il résulta en effet de l'usage de ces médicaments bien souvent généreusement prescrits et fortement dosés, parfois d'ailleurs à la demande du personnel infirmier, de nombreux troubles sous la forme d'états stuporeux, d'inhibition motrice, de salivation excessive et d'effets neurologiques parfois importants²⁰⁹, l'ensemble dessinant pour des années le portrait typique du malade mental en hôpital psychiatrique.

Bref, tout ce qui concourrait en fait à la désocialisation, qu'elle soit intérieure aux murs comme extérieure à ceux-ci, puisque ces traitements pouvaient être donnés au domicile même des patients.

²⁰⁹ Ces effets neurologiques sont caractérisés par des contractures, des contractions, provoquant raideurs et crispations musculaires et d'éventuels mouvements involontaires.

J. Ayme (1985), à nouveau, parlera de fuite en avant car tout en effet valait mieux que l'hospitalisation, la société était considérée comme positive et l'hôpital non, d'où le terme « alternatif » que l'on donnera à tout ce qui n'était pas du registre de l'hospitalisation.

Il fallut toutefois se rendre à l'évidence que l'on pouvait trouver de la « chronicité » dans d'autres structures, à l'hôpital de jour, par exemple, qui se développait de plus en plus en ville et qui n'ouvrait pourtant qu'en semaine et pas la nuit.

Mais aussi en appartements, qualifiés de « thérapeutiques » et/ou associatifs, où des malades résidaient ensemble dans un logement collectif, avant rarement, mais parfois, de vivre seul, tout en suivant un certain nombre d'ateliers de socio-thérapie.

Jusqu'aux années 1980 toutefois ces implantations resteront disparates et de nombre variable suivant les régions et suivant les hôpitaux, toujours est-il que l'on rencontra une forte critique de « l'institution » comme cela se disait à l'époque et que l'on opposait au « secteur ».

J. Oury donnera un exemple de ce qui résulta de la fermeture des hôpitaux psychiatriques italiens qui poussèrent, à l'instigation de F. Basaglia (1966), beaucoup plus loin le projet de disparition des établissements psychiatriques : « (deux articles) parlent des effets de la loi italienne de 78²¹⁰ sur la suppression des hôpitaux psychiatriques : Augmentation des quartiers de sûreté, surcharge des cliniques privées, petites annonces dans les journaux pour soigner « son psychotique » (Oury, 1983, p.417).

Nous pensons pour conclure qu'après un court état de grâce, très variable d'ailleurs suivant les institutions psychiatriques et leur localisation géographique, où prévaudront effectivement les intentions de mettre en place des objectifs thérapeutiques novateurs et en rupture avec les pratiques habituelles, il n'en alla très rapidement plus du tout ainsi.

On oubliait qu'une institution ne devait pas être confondue avec un établissement et cela il aurait fallu constamment le rappeler assènera F. Tosquelles, qui regrettait de ne pas l'avoir assez fait, comme il l'indiqua dans la préface du livre de Ginette Michaud (1977) : *Laborde un pari nécessaire*.

²¹⁰ Cette loi du 13 Mai 1978 est encore appelée loi 180 ou loi *Basaglia*. Elle a entraîné le démantèlement des Hôpitaux psychiatriques d'Etat italiens qui n'étaient plus autorisés dans ce pays.

L'institution sera ce que l'homme « constitue avec les autres », c'est un processus et non un état, un espace collectif de communication et d'échanges et non une entité géographique et architecturale.

Cet espace n'est donc pas spécifique à l'hôpital, il vaut tout simplement à partir du moment où un collectif se met en place et établit des relations à l'interne et avec son environnement pour atteindre des objectifs, cela peut donc parfaitement se réaliser dans des structures de prises en charge thérapeutiques des malades externes à l'hôpital.

J. Chazaud (1978) contestera sur ce principe la position de G. Daumézon sur l'inutilité de continuer à se situer dans le courant de la psychothérapie institutionnelle.

Ensuite il avancera d'autres arguments :

- d'abord un temps d'hospitalisation²¹¹ reste souvent utile afin de pouvoir soigner en profondeur en ayant le temps nécessaire pour le faire, notamment selon lui dans le cas des psychoses aiguës.
- ensuite et surtout ce n'est pas parce que l'on soigne à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique que l'on est à l'abri « des routines, des pesanteurs, des voies fléchées » qui conduisent tout droit à terme à la mise en place de phénomènes d'aliénation (Caro, 1997).

Bien souvent précisera-t-il également la destruction des « asiles » a conduit à d'autres projets concentrationnaires²¹².

²¹¹ Selon le rapport, publié le 4 septembre 2015 pour l'année 2014, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATH) : Le nombre de journées d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie était resté stable, par rapport à l'année précédente, à 25.6 millions et avaient concerné 415.000 patients. Les prises en charge à temps complet représentaient 79% (20.3 millions de journées pour 346.000 patients, dont seulement 5% de moins de 18 ans, avec un nombre égal d'hommes et de femmes) pour une durée moyenne de séjour de 56 jours, très variable selon les pathologies : 25 pour les troubles névrotiques, 40 pour les troubles de l'humeur, 82 pour la schizophrénie et 127 pour les « retards mentaux ». 75.000 patients ont été concernés par des soins sous contraintes, concernant environ 16% du total des journées d'hospitalisation en psychiatrie, ce qui constituait une légère augmentation, la durée moyenne de séjour restant stable à 52 jours. Près de 25.000 ont été mis au moins 1 jour en isolement thérapeutique lors d'une durée moyenne de prise en charge stable de 15 jours.

L'activité dite à temps partielle (hôpital de jour...) a été de 5.1 millions de journées, pour 113.000 patients et l'activité ambulatoire (suivi à domicile...) a concerné 2 millions de patients avec une moyenne de 11 actes par patients, les pathologies les plus concernées étant comme pour les prises en charge à temps complet : la schizophrénie, les troubles schizotypiques et troubles délirants et ensuite les troubles de l'humeur.

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/25-millions-journees-soins-ps> consulté le 20 04 2017.

²¹² Dans le même registre et à l'évidence, la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (regroupements d'hôpitaux sur un même territoire géographique, dont l'un dit « support » est prévalent, leur nombre est de 135 pour 850 hôpitaux existants), risque de faire perdre à la psychiatrie sa spécificité en la diluant dans une organisation hospitalière hypertrophiée et dominée par la Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Ce serait de l'avis même du Syndicat des psychiatres l'aveu que ces groupements ne visent qu'à mettre en place un hospitalo-centrisme d'envergure qui est la négation de la

Il convient enfin de rappeler que lorsque l'on a en France « vidé » dans les années 1990-1995 les hôpitaux psychiatriques de leurs malades dits « inadéquats », selon le terme consacré à l'époque par l'administration, cela n'a pas été par la mise en place de nouvelles démarches thérapeutiques, même s'il y en eues et que certaines démontrèrent leur efficacité.

Non, cela s'est fait surtout parce que l'on n'a plus tarifé le budget des hôpitaux sur un prix de journée qui incitait à optimiser la présence des malades à l'hôpital, mais sur l'activité qui engloba aussi une partie appréciable de ce qui se réalisait dans le secteur extra-hospitalier.

Que se passerait-il si aujourd'hui on en revenait à la situation antérieure ? L'administration mettrait-elle le même empressement à promouvoir, si ce n'est obliger à la sortie des patients, comme elle a su le faire il y a peu ? Valoriserait-elle le retour à un présentisme important des malades à l'hôpital ? Et enfin qu'elle serait alors la réaction et la réponse des soignants à qui l'on expliquerait avec force d'arguments qu'il en va de la stabilité et de l'avenir des emplois du lieu où ils exercent ?

De la même façon, par exemple, on ne retrouve plus dans les hôpitaux psychiatriques, appelés maintenant établissements publics de santé mentale, de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autre démence, fusse à un stade avancé.

On les accueille en effet dans d'autres endroits, dont la plus-part ne sont pas spécialisées, que l'on nomme des EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) qui résultent fréquemment de la transformation des anciennes maisons de retraite.

Ces établissements sont, on l'imagine facilement, nettement moins coûteux en personnel et en infrastructures que les hôpitaux psychiatriques.

Il ne s'agit pas évidemment de stigmatiser ces structures et encore moins de discréditer le personnel qui y exerce sans ménager sa peine et ses efforts, avec fréquemment des moyens insuffisants et dans des conditions si difficiles que beaucoup ne le supporteraient pas.

Mais le constat doit être fait que ces lieux de prise en charge soignante sont de plus en plus devenus des espaces où il peut, sans vraiment de contrôle, y avoir privation de liberté.

politique de sectorisation psychiatrique « hors les murs hospitaliers ». Ce syndicat poursuit : « Le refus des GHT spécialisés en psychiatrie (qui ne seront au sortir qu'une minorité) constitue une régression digne du renfermement de la psychiatrie dans les murs » (2015, p.1). Les Groupements Hospitaliers de territoire ont été créés par la Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Leurs modalités de fonctionnement ont été précisées par le Décret n°2016-524 du 27 Avril 2016.

En 2012²¹³ d'ailleurs le Contrôleur général des lieux de privation de liberté demandait qu'ils soient placés dans son champ de compétence puisqu'on y enfermait des personnes, comme en psychiatrie (Boitier, 2013).

On ne va pas regretter évidemment la propension qu'il y avait auparavant à garder trop longtemps ces mêmes patients à l'hôpital psychiatrique, mais il convenait ici de rappeler un certain nombre d'éléments qui doivent aussi être pris en compte dans la réflexion qui vise à ne pas s'en tenir qu'aux évidences parfois trompeuses.

J-C. Benoit (1984) précisera à cet égard qu'il ne suffit pas de désinstitutionnaliser et de dépsychiatriser, il faut également comprendre et gérer la complexité qui en résulte.

Rappelons à nouveau qu'il ne s'agit pas de juger, mais qu'il est nécessaire de conserver un regard et une réflexion critique sur des dispositifs qui se mettent en place et d'expliquer des déplacements qui ont été opérés et qui ont transféré ailleurs que dans les hôpitaux psychiatriques des problématiques relatives aux phénomènes de coercition et d'aliénation que l'on y rencontrait spécifiquement auparavant.

Il en va ainsi de l'histoire de l'institution psychiatrique, et c'est en cela que la question de l'institution et des psychothérapies qui peuvent s'y réaliser se pose toujours (Chazaud, 1978).

Cela étant cette problématique se cristallisera surtout à partir des années 1980-1990, alors que G. Daumézon était décédé et que bien évidemment il ne pouvait avoir à connaître ces nouvelles situations même s'il les avait pressenties.

Par ailleurs, il avait effectivement pris quelques distances avec ce qui était devenu le nouveau courant de la psychothérapie institutionnelle et cela même si une Société s'en inspirant fut créée en 1965, il en donnera précisément les raisons en réponse à une communication que J. Ayme avait faite sur ce thème en 1969 :

« En écoutant Mr Ayme, j'ai pris conscience de ce qui m'éloigne radicalement des tenants actuels (j'allais dire les occupants) de la psychothérapie institutionnelle. Quand j'ai créé l'expression, j'avais en vue la mise en œuvre d'une pratique thérapeutique des maladies mentales qui prenait en compte et pour moyen de traitement les faits concrets de l'institution (l'institution n'est pas que l'hôpital et le médecin en est une). Depuis et la conférence de Mr Ayme le montre à l'évidence le propos est

²¹³ Rapport 2012 du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté, Paris : Dalloz, 2013.

inversé : il s'agit pour les analystes de s'annexer et de conquérir l'institution [...] alors que l'on doit considérer l'institution par l'usage des instruments appropriés à savoir ceux de la sociologie et de la psychologie » (Daumézon, 1969, p.500).

Il ne fut pas le seul à prendre des distances avec un contexte professionnel qui ne lui convenait plus et F. Tosquelles fera de même à l'issue du Congrès international du psychodrame de Baden de 1968, tout au moins dira-t-il, en ce qui concernait sa carrière publique.

Pourtant G. Daumézon contrairement à ce que certains ont pu penser n'a jamais renié ce qu'il avait fait, ni son utilité, il avait juste choisi à un moment donné de sa carrière d'investir d'autres objets d'investigation et d'action à partir des constats qui étaient les siens compte tenu de son expérience.

Mais plus encore il considéra, dans un texte déterminant, que bien des mouvements dits de psychothérapie institutionnelle n'étaient que le résultat d'un effet de mode passager :

« Et le bon médecin dans son asile de se dire : « je ne dois pas être en retard, moi aussi je dois faire de l'ergothérapie, de la sociothérapie. Daumézon avec les Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active « forme » des ergothérapeutes en dix jours et pour toujours. Je lui envoie quelques infirmiers de ces jeunes un peu excités dont l'ardeur inquiète mon sage surveillant, au retour ils feront un atelier et nous ne serons pas en retard sur les plus modernes des C.T.R.S (Centres de Traitement et de Réadaptation sociale) » (1957, p.27).

Alors pour G. Daumézon maintenant les malades font de la vannerie et les soignants font de la sociothérapie et tous selon lui s'enferment dans un insidieux et silencieux nouveau système d'aliénation : « plus subtile et comme travestie derrière les travaux et les activités que les malades (quelques malades) sont capables de produire » (*Ibid.*, p.28).

Et encore : « Depuis quelques temps, il est de mode de parler d'ergothérapie. Ce terme savant et prétentieux recouvre trop souvent une mise en valeur quasi publicitaire de quelque atelier monté sans principe directeur » (1952a, p.587).

Lucide par rapport aux critiques à venir il ajoutera plus tard : « Je vous entends me dire : « Mais alors vous Daumézon, qui avez de 1946 à 1953 écrit et publié sur le travail, le sport, le journal, la valeur thérapeutique de la vie sociale à l'Hôpital Psychiatrique, vous reconnaissez que vous vous êtes trompé ? » (1957, p.28).

La réponse à cette question était complexe selon lui, mais pouvait être résumée :

« (cela est dû) D'abord à l'indigence des moyens surtout médicaux et soignants qui ont été mis à disposition, pire le peu de réussites clairsemées ayant vu le jour ne servant le plus part du temps que d'alibi aux administrations pour démontrer qu'il est possible même dans ces conditions difficiles de parvenir à des résultats probants : alors construisons des grands ensembles où collectivement on pourra traiter les malades avec le moins de moyens possibles.

Lorsqu'un établissement compte encore en 1957, un médecin pour 400 malades comme en 1857, ce médecin ne soigne pas mais remplit une fonction : « d'obligations juridiques » (alors concluait-il) : On nous excusera de ne pas être satisfait de cette situation de bricoleur » (*Ibid.*, p.28).

L'important répètera-t-il souvent avec force dans les traitements collectifs qui demeurent fondamentalement nécessaires en ce qui concerne la prise en charge des malades psychotiques, ce ne sont pas les ateliers que l'on crée mais : « l'important est dans ce qui se passe dans et autour de l'atelier » si on ne pouvait s'occuper que de quelques dizaines de personnes au lieu de centaines alors tout serait différent.

La psychothérapie institutionnelle a surtout été mise en place pour réagir contre une situation pathogène de et dans l'asile, pas pour justifier que l'on en construise d'autres : « Le but est de créer le réseau médical auquel le malade pourra être adressé, qui pourra le prendre en charge au dehors, ne l'adressant à l'hôpital (qui reste selon lui nécessaire) que pour un séjour et un traitement aussi bref que possible » (*Ibid.*, p.81).

2-3. G. Daumézon et le chaînon manquant de la psychanalyse ?

F. Tosquelles est sans doute celui qui a le mieux cerné les aspects principaux de l'activité de G. Daumézon et qui ce faisant a clairement posé la question déterminante à l'époque des relations que son ami avait avec la psychanalyse, dont nous avons déjà vu qu'elles étaient complexes, si ce n'est conflictuelles et tumultueuses, cela à l'évidence avait eu une influence sur son action et justifiait que l'on y revienne de façon conclusive :

« Daumézon, dira F. Tosquelles, croit par opposition à la technique psychanalytique, que la tâche psychothérapeutique du médecin se développe dans l'activité réelle et concrète du malade et non point dans le monde du phantasme » ([1966], 2006, p.54).

Cette véritable profession de foi, dictée selon lui par le souci de ne pas établir une relation par trop singulière et étroite entre le médecin et le malade, lui semblait devoir être fortement nuancée.

Il argumenta que tout ne pouvait pas, comme le pensait G. Daumézon, passer et se jouer par et dans les groupes sociaux, au prétexte qu'il convenait de privilégier les interprétations collectives aux interprétations individuelles, car ajoutait-il les relations réelles et concrètes ne seraient pas plus stables, ce que professait G. Daumézon, que celles qui ne reposeraient que sur la parole, puisque l'on était toujours dans la sphère de l'interprétation.

Encore selon lui faudrait-il aussi faire remarquer l'analogie existant entre des processus psychiques individuels et ceux du groupe, à partir du moment où les individus ont « introjecté » (passage phantasmatique du dehors, au-dedans) dans le groupe, toutefois ce n'est pas sur ce registre que se situait G. Daumézon, mais sur celui de la problématique du transfert.

Celui-ci résulte de la rencontre, plus ou moins socialisée d'ailleurs entre deux personnes, dont l'une est soignante ou présumée telle au niveau de « ce qui se passera » effectivement lors de cette (ces) rencontre(s), pour J. Oury une femme de ménage, par exemple, pouvait ainsi avoir une fonction thérapeutique au même titre qu'un médecin.

Le risque c'est alors que l'on peut créer de ce fait un lien de dépendance, crainte que G. Daumézon exprima très fréquemment, pouvant aller jusqu'à une véritable aliénation de l'autre.

N'oublions pas que c'est selon ce mécanisme, que nous avons qualifié précédemment avec G. Simmel « de l'action réciproque », que se mettaient en place les processus de l'aliénation du quotidien (Lefebvre, 1961).

Le cadre général de l'asile et ensuite des hôpitaux psychiatriques n'étant juste, si l'on peut dire, qu'une matrice nécessaire mais non suffisante, à la mise en œuvre de phénomènes d'aliénation.

A contrario on peut aussi imaginer que tout se joue au niveau du groupe, érigé en institution, ce qui permet (Delion, 2015) d'éviter les transferts trop importants au niveau individuel, mais en faisant courir le risque de l'établissement d'un très fort lien de dépendance cette fois ci entre la personne et le groupe-institution (Charlet, entretien avec Krzyzaniak, 2015).

G. Daumézon tenta de trouver une troisième voie, plus psycho-sociale que psychanalytique, où le groupe aurait aussi eu comme fonction de « tamiser le transfert » en le diffractant²¹⁴ et en le répartissant entre plusieurs personnes.

En fait pour F. Tosquelles tout ne pouvait pas se résumer à des approches collectives et toute démarche de psychothérapie individuelle, que G. Daumézon ne réfutait pas d'ailleurs y compris dans le registre de la psychothérapie institutionnelle, devait poser la question du transfert lors de la relation entre le malade et le soignant (et pas seulement le médecin) et des problèmes qui en résultaient si elle n'était pas analysée.

Le chaînon manquant dans l'œuvre de G. Daumézon était-il celui de la psychanalyse dont il ne réfutera jamais, il convient de le souligner, l'importance ? Peut-être si l'on tient compte des espoirs qu'il fonda sur elle dans les débuts de sa carrière professionnelle, certainement pas quant à l'usage que certains en firent.

A cet égard, on peut difficilement faire abstraction des querelles intestines qui agitèrent la communauté française des psychanalystes, ce qui conduisit entre autre J. Lacan à fonder son propre courant, d'abord pour prôner un « retour à Freud » et ensuite pour se dégager de ce qu'il estimait être une posture trop dogmatique de la part de certains de ses collègues ou la tentation par exemple de S. Nacht²¹⁵ de faire de l'analyse surtout l'affaire des médecins (Charlet, entretien avec Krzyzaniak, 2015).

Toujours est-il que le positionnement de G. Daumézon en la matière a toujours été ambigu et fluctuant, compte tenu vraisemblablement des raisons précédemment évoquées et nous n'oublierons pas ici la teneur de son intervention, telle que nous l'avons relatée, en réponse à J. Ayme sur la main mise, qu'il considérait comme majeure, de la psychanalyse sur la psychiatrie, ou de ceux qui s'en prévalaient, sur l'institution.

En 1952-1955, par exemple, il prend ses distances avec elle tout en permettant le travail des psychanalystes dans son service. Il envisagera ensuite, après son départ de Fleury-les-Aubrais, de débiter une analyse, puis en 1970 et en 1971 il s'en rapprochera à nouveau en suggérant l'utile nécessité du recours à la rigueur analytique, pour redonner du sens aux activités socio-thérapeutiques qui selon lui l'avait perdu.

²¹⁴ Diffracter de diffraction : C'est une perturbation de la propagation d'une onde du fait d'un obstacle, qui l'en empêche et qui l'oblige, ou à en faire le tour, ou à le traverser par d'éventuels interstices qui s'y trouveraient (Larousse, 2016).

²¹⁵ J. Lacan quittera la Société Psychanalytique de Paris en 1953 en compagnie, entre autre, de F. Dolto et de D. Lagache pour fonder la Société française de Psychanalyse et ensuite le 21 juin 1964, l'Ecole Française de psychanalyse (J. Chemouni, 1990).

Il affirmera néanmoins quelque temps plus tard son attachement indéfectible à la réalité concrète et récusera le flou d'un discours psychanalytique peu audible en dehors de certains initiés.

Cela le conduira à prendre ses distances avec un courant de psychothérapie institutionnelle dominée par l'emprise, qu'il qualifia de dictature, qu'exerçaient sur elle certains psychanalystes à ses yeux rigoristes.

Compte tenu de son histoire, de ses convictions, de ses combats, il ne pouvait être question pour lui de l'accepter, en fait c'est moins la psychanalyse, sans aucun doute, qu'il chercha à mettre à distance, que ce que certains en avaient fait comme instrument de pouvoir, fut-il intellectuel, supplantant une réalité concrète et réduisant l'institution à un unique ensemble signifiant désincarné.

La problématique sera la même lors des rencontres de Sèvres où l'on chercha à limiter la fonction psychothérapique, en l'occurrence des infirmiers, à un ensemble de points de vue et de considérations qui n'aurait relevés que de la psychanalyse et de la conception hégémonique qu'en avait la grande majorité des psychanalystes qui y étaient présents.

A nouveau, elle s'était trouvée sur le chemin de G. Daumézon et l'on peut comprendre à force les ressentiments qu'il avait dû en éprouver, non pas tant rappelons-le envers la psychanalyse en elle-même, qui selon lui était encore à construire en tant que science, mais pour l'usage qui en était fait parfois comme un instrument de domination intellectuelle.

2-4. Le poids des combats : l'humaniste et le militant

Pour G Gusdorf : « (Il) était un perpétuel insatisfait [...] contre tout le monde et contre personne, toujours vaincu, jamais convaincu, et parvenant dans le meilleur des cas, à des demi- succès dans lequel il voit plutôt des demi-défaites » (1980, p.46).

En 1951, année où il perdit son poste de directeur médical de Fleury-les-Aubrais, ce fut déjà pour lui une période très difficile, marquée de doutes, de désillusions et de remises en question au point qu'il envisagea de travailler dans le secteur privé et de se faire analyser (Oury, 1999 ; Amar, 2007).

G. Daumézon dira lui-même :

« L'inquiétude la plus sérieuse qu'impose ce fonctionnement a trait aux possibilités de mutations, de création d'orientations nouvelles dans les hôpitaux. L'histoire des initiatives positives de ce dernier siècle est là pour nous rappeler qu'elles ont soulevé les avis hostiles de la majorité ; qu'il s'agisse de l'hôpital Henri-Roussel ; des centres de traitement et de réadaptation sociale, de l'organisation du XIII^e arrondissement et que dire du *no restraint* et des luttes de Magnan en sa faveur ? On peut facilement enregistrer les démarches trahissant un désir d'anéantissement émanant de la majorité de ses collègues. *Toutes* (en italiques par l'auteur) les réformes que nous considérons aujourd'hui comme les plus heureuses ont été le fait de novateurs minoritaires qui, dans la structure actuelle, ne pourraient avoir aucun accès auprès des instances où s'élabore la politique hospitalière » (1972, p.120).

Et il exprimera plus qu'ailleurs, dans un texte qu'il appellera *l'Incertitude* et qui précédait de peu sa disparition, ses inquiétudes concernant le futur : « A mon âge, on peut contempler cette situation avec une vive curiosité et en jouissant de la stimulation pour des cogitations prospectives et désintéressées. Mais je perçois la sourde angoisse de ceux qui sont déjà trop avancés dans la voie pour pouvoir imaginer un dégagement » (1978d, p.18).

Il disait également souvent, pour se prémunir d'un allant de soi, que lorsqu'un atelier fonctionnait trop bien il fallait le fermer car selon lui : « Cet acte politique qui renverse l'ordre établi doit être sans cesse renouvelé faute de quoi la routine, la stagnation, et la sclérose s'installent » (cité par Ayme, [1985], 2009, p.12).

Le combat contre le phénomène de la bureaucratisation et de la chronicité devait donc être constant et la vigilance ne jamais se relâcher.

Il fut toujours persuadé aussi qu'il fallait continuer à lutter, en les conscientisant, contre les mécanismes de dépossession du libre arbitre, ainsi que contre la dépendance et la soumission qui en résultaient à cause d'institutions se voulant presque toujours dominatrices, coercitives et aliénantes.

Le respect de la liberté de ceux à qui l'on a tout pris, même leur raison, est un éternel et perpétuel combat répétait-il, comme celui de prendre en compte la vérité du quotidien où se forge les relations de la « vraie » vie, dans le faire et le dire effectifs et non présumés et virtuels (Daumézon, 1979).

Ce combat était usant et G. Daumézon dira de H. Ey tout en parlant aussi de lui-même : « Il a poursuivi ces batailles et le plus frappant est que lui, l'ainé, n'a jamais décroché, n'a jamais perdu l'ardeur, alors que l'un après l'autre, avouons-le, nous avons tous été usés » (1978d, p.9).

Utopie d'un humaniste avant d'être celui d'un scientifique, qu'il était par ailleurs réellement, sans aucun doute aurait dit son ami G. Gusdorf.

Il fallait l'être pour indiquer, dans le contexte socio-professionnel qui était le sien, des voies encore à défricher afin d'aborder les plus mystérieux des abîmes et des secrets de la nature humaine, lorsqu'elle est habitée par la folie, quel que soit le nom qu'on lui donne, dans un lieu et un espace où on l'avait cantonnée de force.

Alors que très souvent ceux qui se contentent de suivre des voies fléchées, et elles sont de plus en plus nombreuses en matière de santé physique, mais aussi mentale, ne le font que pour l'économie qu'elles procurent de ne pas penser, et de ne pas se remettre en question lorsqu'ils le choisissent en conscience :

« Le psychiatre écrira-t-il, sollicité d'user de son savoir pour une entreprise qui avilit, qui asservit l'homme ou simplement qui influe sur ses conduites, ne peut davantage invoquer la spécificité de son savoir ; sa contestation, son refus sont autrement fondés : c'est l'idée qu'il se fait de l'homme qui lui permet d'accepter ou de refuser sa collaboration (avec le pouvoir) là se situe le débat et non au niveau de l'éthique spécifique de la psychiatrie » (Daumézon, 1979, p.126).

G. Daumézon était lucide et savait quel était le contexte des résistances et des contradictions des lieux où il exerçait et de certaines personnes avec qui il le faisait, il en fut déçu mais pas désespéré, pensant qu'un jour certains répareraient le fil qu'il estimait être coupé de ce qu'aurait pu être la psychiatrie qu'il avait envisagée.

Nous avons aussi plusieurs fois évoqué ses hésitations, ses revirements, ses contradictions même, mais rien n'était certain, rien n'était déterminé pour celui qui avant tout voyait dans l'action le chemin qu'il convenait de choisir et d'emprunter afin de continuer à s'occuper des oubliés de la société, comme il l'évoquait fréquemment.

Il fut enfin un militant résolu, nous l'avons montré, des espoirs qu'il convenait d'avoir et de placer dans les ressources jamais épuisées que sont les forces vives de l'éducation, de la pédagogie et de la formation.

Il les pensait plus que tout vecteurs de changement et de transformation, par leur usage institutionnel, du statut social aliénant qui avait été dévolu aux malades mentaux, victimes comme le disait H. Ey d'une « pathologie de la liberté » (Delion, 2015), et cela s'ajoutait à leur problématique de souffrance existentielle déjà si difficile à supporter.

De la même façon il les concevait sous leur forme active comme la possibilité de l'émancipation et de la reconnaissance d'un corps professionnel infirmier, selon lui

déterminant lors tout prise en charge psychiatrique thérapeutique, alors qu'il était trop souvent mésestimé, méprisé et inféodé à un savoir médical qui n'était pas le sien et qui ne lui était guère utile.

Ces termes d'éducation, de pédagogie, de formation, qu'il ne chercha jamais à catégoriser tant il les concevait comme interactives et complémentaires, il les considéra comme ressources et espérances afin de pouvoir agir, transformer, créer, imaginer et continuer à croire non dans ce qui était établi, mais dans ce qui serait à construire, à partager et à vivre avec l'autre.

J. Oury et on peut sans conteste le prendre comme un hommage, fera de l'action de G. Daumézon à travers les stages CEMEA, et plus généralement de ce qui s'y passait, un élément fondamental de l'histoire de la psychiatrie, aussi déterminant que ce que F. Tosquelles réalisa à St Alban, car selon lui ils contribuèrent à : « favoriser un processus de désaliénation au cœur même des organismes de soins les plus aliénés. Démarche nécessaire et indispensable pour resituer chacun, hospitalisé ou non, dans sa dignité humaine » (Oury, 1983, p.416).

En outre G. Daumézon cristallisa dans son action le point qui selon F. Imbert caractérise le plus la pédagogie institutionnelle à savoir :

« Tendre à remplacer l'action permanente et l'intervention du maître par un système d'activités, de médiations diverses, d'institutions, qui assurent d'une façon continue l'obligation et la réciprocité des échanges, dans et hors du groupe. Cette direction de recherche diffère évidemment de celle de la pédagogie classique » (2010, p.138).

Nous avons suffisamment souligné les analogies existant entre la pédagogie institutionnelle et la psychothérapie institutionnelle, pour que l'on ne s'étonne plus ici de pouvoir prêter bien souvent à l'action de G. Daumézon un discours pouvant concerner aussi bien l'une que l'autre.

Définitivement et s'il fallait s'en convaincre conclura F. Oury les faits sont là : « la psychothérapie institutionnelle est née dans une classe avec Tosquelles [...] elle s'est propagée dans les hôpitaux psychiatriques avant de revenir à l'école » (1983, p.29).

F. Tosquelles qui dira lui-même : « Au-delà de notre focalisation sur le champ des déviants ou des échecs de notre société, c'est-à-dire des malades, il se peut que certaines de nos considérations puissent être retenues pour une réflexion pertinente sur d'autres secteurs de la vie normale : dont l'école et la formation » ([1966], 2006, p.29).

G. Daumézon s'est trouvé confronté autant à Sèvres qu'à Auxerre ou à Fleury-les-Aubrais non pas à des contestations qui étaient liées au fond des questions qu'il soulevait avec perspicacité, ce qu'il aurait tout à fait admis, mais à des querelles de personnes, qui un peu à la

fois avaient créé des tensions trop fortes s'exprimant dans des règlements de compte, parfois intergénérationnels et cela il le supporta progressivement de plus en plus difficilement.

Il ne fait pas bon être trop novateur, confirmera F. Tosquelles, qui commentait ce faisant l'abandon du projet de rédaction commune avec G. Daumézon d'une nouvelle perspective sémiologique découlant de l'idée de la clinique de l'activité :

« Nous avons esquissé certains chapitres de ce point de vue. Et si nous avons dû abandonner ce projet, ce n'était pas qu'il y eût divergences radicales dans nos conceptions mais que nous avons été amenés à constater que les progrès escomptés de cette mise en place du dispositif clinique institutionnel indispensable achoppait sur des difficultés insurmontables » (Tosquelles, 1980, p.559).

J. Oury (1975) enfin pensera comme G. Daumézon qu'au congrès d'Auxerre plus particulièrement « le fil du dialogue avait été brisé » volontairement, pour des considérations politiques et partisans qui n'avaient que peu de chose à voir avec la psychiatrie.

Nous pensons pour conclure que les problématiques de soins psychiatriques, dans leur relation avec celles qui sont de nature institutionnelle, éducative et formative qui se posaient à son époque et que son action a interrogées, se posent toujours aujourd'hui, même si les mécanismes institutionnels sont devenus plus diffus, moins faciles à mettre en évidence.

Ces relations ont-elles encore des raisons d'être ? Les idées, Les propositions de G. Daumézon sont-elles toujours d'actualité ? Peuvent-elles être à nouveau problématisées afin d'être généralisées au bénéfice de notre actualité et de notre réflexion ?

C'est ce que nous nous proposons d'examiner maintenant et pour cela il nous a semblé intéressant de faire un état de l'actualité, ou pas, de certaines des problématiques qui furent envisagées par G. Daumézon ou auxquelles il eut à faire.

Nous avons ainsi procédé à des entretiens non directifs de professionnels de la psychiatrie.

Les éléments les plus significatifs de cette enquête ont été regroupés dans un tableau qui sera par ailleurs commenté.

2-5. LA MODERNITE DES PROBLEMATIQUES ENVISAGEES

2-5-1 Introduction

Il s'agissait dans cette démarche de mettre en évidence des tendances relatives aux notions évoquées par les enquêtés, ayant également été mobilisées dans notre travail et en particulier dans celui concernant l'œuvre de G. Daumézon.

12 Entretiens ont pour cela été réalisés pendant l'année 2015.

La caractéristique de ces entretiens c'est qu'ils étaient à la fois non directifs à partir d'une question de départ unique pour tous les enquêtés (relative à l'énoncé de l'évocation de leurs débuts professionnels en psychiatrie) et qu'ils étaient ensuite actifs, c'est-à-dire que des synthèses étaient proposées à propos de ce qui était dit, afin de pouvoir relancer sur le fond ce qui était évoqué et de s'enquérir de l'exactitude de ce qui avait été compris des propos de l'enquêté (Grawitz , 1986 ; Mucchielli, 2004 ; Macombe, 2005).

2-5-2. Caractéristiques des enquêtés

Légende : E = Enquêté (12), R = en Retraite (4/12), A = En Activité (8/12), H = Homme (5/12), F = Femme (7/12).

La personne (E3) ayant le plus d'ancienneté a fait ses débuts professionnels en psychiatrie en 1963.

La personne (E8) ayant le moins d'ancienneté a fait ses débuts professionnels en psychiatrie en 2012.

Tous ont travaillé en milieu psychiatrique hospitalier et dans des structures qui sont extérieures à ses murs, appelées également de secteur.

Sont considérés comme anciens (plus de 10 ans d'activité professionnelle)

Infirmiers : E1 (HR), E3 (HR), E4 (FR), E5 (FA), E6 (FA), E9 (HA).

Médecin : E2 (HR).

Psychologue : E12 (HA).

Sont considérés comme jeunes (moins de 5 ans d'activité professionnelle).

Infirmiers : E7 (FA), E8 (HA),

Médecins : E10 (FA), E11 (FA).

TABLEAU n° 5 : RESULTAT DU REPERAGE DE LA FREQUENCE DES THEMATIQUES ABORDEES LORS DES ENTRETIENS

LEGENDE :

N : Non évoqué

E : Evoqué (au moins une fois)

D : Développé (plusieurs fois)

TD : Très développé (constitue l'élément majeur de l'entretien)

Mots clefs de la thématique / Entretiens	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12
ALIENATION	E	E	E	E	D	E	N	N	E	E	E	D
INSTITUTION	E	N	D	E	D	E	N	N	D	TD	TD	D
FORMATION INITIALE	D	TD	D	D	D	E	D	D	D	D	D	E
FORMATION CONTINUE	D	TD	D	D	D	E	E	N	D	E	E	N
RELATION MEDECIN – INFIRMIER - MALADE	E	D	TD	TD	E	D	E	D	E	TD	TD	TD
NOTION DE POUVOIR	E	TD	E	TD	D	N	N	E	D	D	TD	D
NOTION D'ACTIVITE	E	E	TD	D	E	TD	D	D	E	E	E	E
NOTION D'EDUCATION	D	D	D	E	D	D	E	D	D	D	TD	TD
APPORT INSTITUTIONNEL	D	D	TD	E	E	E	N	N	TD	TD	TD	D
LE COLLECTIF	D	D	TD	E	E	D	D	E	E	TD	D	TD
LE QUOTIDIEN	E	TD	TD	E	E	E	N	N	E	E	E	E
LE SOMATIQUE ET LE PSYCHOSOMATIQUE	D	D	E	E	E	E	D	TD	D	D	TD	E

2-5-3. L'analyse des résultats

-La question de l'aliénation n'est de façon générale que très peu développée, voire pas du tout par les plus jeunes diplômés (E7, E8), même si elle est évoquée par les deux tiers des enquêtés. Seuls E5 et E12 ont davantage approfondi cette notion.

-L'évocation de la notion d'institution fait consensus et est très développée par ceux qui l'ont fait également de la notion de psychothérapie institutionnelle (E1, E2, E3, E9, E10, E11).

E7 et E8 ne l'abordent pas du tout, comme ils n'avaient pas d'ailleurs retenu la notion d'aliénation dans leurs propos.

-La notion de relation est très développée par les enquêtés qui en ont fait de même en ce qui concerne la psychothérapie institutionnelle et en particulier par E2 (médecin) E10 et E11 (jeunes médecins) auxquels s'ajoutent E3 et E4 (les infirmiers les plus anciens). Cette notion sera juste évoquée, sans développement et sans lien avec leur ancienneté par E1, E5, E7, E9 et pas du tout par les autres.

-La notion de pouvoir sera évoquée, ou pas, de façon très hétérogène compte tenu du métier exercé ou de l'ancienneté. E6 et E7 n'en parleront pas du tout, par contre E1, E2, E4 (infirmiers) et E10, E11 (médecins) en feront un point central de leur propos.

-Les activités : Elles seront juste envisagées sans être développées par des personnels anciens E1, E5, E12 plus que par les jeunes E9, E7 et E8, E11 ainsi que par E12 (psychologue) et les deux jeunes médecins (E10 et E11).

-La psychothérapie institutionnelle : Ce thème sera particulièrement développé par les personnels anciens (E1, E2, E3, E4, E5, E6) et cela est à remarquer par les jeunes médecins (E10, E11).

Les notions afférentes (institution, relation, collectif) ont sans surprise été interpellées par les personnels plus anciens, qui ont eu à la connaître dans leur pratique et elles l'ont moins été par les personnels plus jeunes, sauf nous l'avons souligné par les deux jeunes médecins qui

l'ont fortement sollicitées.

-La notion de collectif : Cette notion a été développée par ceux qui en ont fait de même avec la psychothérapie institutionnelle : E1, E2, E4, E6 et davantage encore par E3 (infirmier) et E10, E11 (médecins). E8 et E9 l'ont juste évoquée.

-Le quotidien : Cette notion, particulièrement développée par E3, a été abordée par presque tous les enquêtés à l'exception de E1, E2, E3, E8.

-La formation professionnelle (initiale ou continue) : Cette notion a été évoquée par 10 enquêtés sur 12 et seul E6 et E12 ont fait exception. L'importance de la place et du rôle de l'expérience comme support déterminant de l'apprentissage a été soulignée par tous les enquêtés, quels que soient les paramètres de métier ou d'ancienneté pris en compte.

-L'éducation : Cette notion a été mise en avant par tous les enquêtés et développée par E1, E2, E3, E5, E6, E8, E9, E10.

Les principaux thèmes de développement (lorsque cela était notable) sont :

L'importance de la transformation de la formation dans le temps par E3, E4, E5 (anciens qui ont un point de comparaison)²¹⁶.

La notion d'éducation thérapeutique : terme utilisé par les plus jeunes E8, E9, E11, E10, mais aussi E4, les autres parleront plutôt de l'éducation et des soins ou de l'éducation du patient (E1, E2, E6).

-E10, E11 (médecins) soulignent que les formations médicales, fortement inspirées par le « DSM²¹⁷ » sont de plus en plus somatiques et de moins en moins psychiatriques.

²¹⁶ Le champ des pratiques, quel que soit l'ancienneté, est considéré comme formateur et bien plus que les formations professionnelles initiales.

²¹⁷ DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*.. Ce manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, qui a fait l'objet de plusieurs versions, a été élaboré sous l'égide de l'Association psychiatriques américaine (APA) et s'est répandu dans de nombreux pays. A. Frances (2013) qui a coordonné la réalisation du DSM IV fera l'amer constat quelques années plus tard que loin de rester un simple guide de référence, ce qu'il devait être à l'origine, ce travail s'est en fait substitué « au savoir clinique ou à la réflexion psychopathologique des praticiens » (cité par Marmion, 2013, p.58). Ce manuel selon lui a généré l'apparition inflationnistes de nouvelles « présumées » maladies pour la plupart imaginaires (gourmandise, troubles bénins de la mémoire, colère, deuil...) et autant de traitements médicamenteux inefficaces mis sur le marché par une industrie pharmaceutique financièrement intéressée (Davies, 2014).

2-5-4. Conclusion

Le constat général et partagé est que les formations qu'elles soient infirmière ou médicale ont de plus en plus accordé une place aux soins que l'on qualifiera de somatiques, par rapport à ceux qui auraient pu spécifiquement être de nature psychiatrique.

Par ailleurs la formation des infirmiers s'est de plus en plus adossée elle aussi à celle concernant les médecins et leurs savoirs.

Dans les deux cas, non seulement G. Daumézon avait pressenti qu'il en irait ainsi, mais il avait également exposé pour quels motifs et avec quelles conséquences.

Soulignons qu'aucun des enquêtés n'a évoqué le fait d'avoir été formé initialement à la psychothérapie institutionnelle mais que tous évoquent, pas de façon « théorique » mais à partir d'expériences, la problématique des relations qui se créent dans l'institution concernée par leur exercice professionnel et leurs effets sur les pratiques et les soins, même si certains, que nous avons identifiés, prolongeront bien davantage leur réflexion à cet égard.

La relation entre l'éducation et la socialisation ne sera évoquée explicitement que par deux enquêtés : E6 et E3, mais elle se dégagera de façon implicite pour tous les enquêtés au décours de la narration d'éléments et d'évènements confortant ou exemplifiant leurs propos, : par exemple, lorsqu'il était question des activités, culturelles ou sportives proposées aux personnes malades, ou de projets à vocation thérapeutique, ou du travail d'acquisition de certaines habiletés sociales...

Sans surprise la corrélation entre les thèmes abordés par G. Daumézon est plus forte, au niveau des infirmiers, chez les plus anciens, qui ont vécu ces situations, plus que chez les plus jeunes ne pouvant l'aborder qu'à distance et bien souvent de manière virtuelle.

Une exception est notable et nous l'avons remarquée, chez les deux jeunes médecins à partir d'une réflexion commune portant sur leur pratique et relative à la nécessité d'imaginer et d'effectuer un travail en/et d'équipe, qu'ils ne conçoivent d'ailleurs que collectivement, dans un système de fonctionnement caractérisé par la stricte répartition des savoirs et des pouvoirs et où les codes et les rites déterminent encore bien souvent le « dire et le faire ».

Nous avons d'ailleurs dans notre écrit et à partir de l'énoncé de certains témoignages d'infirmiers, mis en évidence que cette problématique les concernait aussi au premier chef.

Il en résulte que les enquêtés ont évoqué, à des degrés divers, mais dans le registre d'entretiens non directifs, des éléments que nous avons ici qualifiés de notions pour les

présenter, qui avaient trouvé toute leur place dans ce que fut l'action de G. Daumézon telle que nous avons pu la relater dans ses différents aspects, attestant de la pertinence d'en faire toujours des objets d'interpellation et de réflexion.

2-6. UN FUTUR PROCHE QUESTIONNANT ET INQUIETANT

2-6-1. Introduction

Poser la question des relations entre la psychiatrie et l'éducation et proposer de les examiner afin d'essayer de les comprendre, exigeait d'avoir conscience de l'immensité des développements conceptuels pouvant être mobilisés, compte tenu des objets abordés et de la nécessité méthodologique de circonscrire, de ce fait, la recherche à partir d'une problématique nécessairement plus restreinte.

Celle-ci naîtra de la rencontre, dans des conditions socio-historiques particulières, que nous avons décrites et expliquées, entre l'éducation, conçue comme un vecteur déterminant de la socialisation et de l'éducabilité, et l'institution psychiatrique déclinée comme un espace médicalisé et spécialisé où on se proposait de façon principale de traiter la maladie mentale de ceux qui pour cette raison s'y trouvaient.

Il nous a semblé essentiel d'identifier et de reconstituer la genèse de cette rencontre et de ce qu'il en est advenu en émettant l'hypothèse que cette démarche pourrait être la source de réflexions fécondes, dans un présent qui nous semble à nouveau questionner avec acuité tant l'éducation que la psychiatrie, ainsi que les liens qui les unissent.

Ne parle-t-on pas désormais d'éducation à la santé, à la santé mentale et d'éducation thérapeutique, dans un contexte qui nous semblait raviver également la problématique selon nous insuffisamment prise en compte en l'espèce, des institutions lorsqu'elles ont à voir avec la psychiatrie (Got & Quid, 1982).

On pense ici principalement aux centres de détention mais aussi aux établissements de prise en charge des personnes âgées dépendantes et aux dispositifs de prise en charge des

personnes sans domiciles fixes qui ont une proportion de malades souffrant de troubles mentaux extrêmement important²¹⁸.

Tableau n°6 : Prévalence des personnes souffrant de troubles mentaux en prison

De 35% à 42% des détenus sont considérés comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades (CGI)
42% des hommes et la moitié des femmes détenus en métropole présentent des antécédents personnels et familiaux d'une gravité manifeste
38% des détenus incarcérés depuis moins de six mois présentent une dépendance aux substances illicites (trois quart dans les DOM) et 30% une dépendance à l'alcool.
Un entretien sur cinq (22%) a débouché sur une procédure de signalement auprès de l'équipe soignante de l'établissement, en accord avec la personne détenue sauf en cas d'urgence.

Etude conduite sous la direction scientifique de B. Falissard avec F. Rouillon, A. Duburcq et F. Fagnani (source Ministère chargé de la santé, 2006).

Il s'en suit que se sont trouvées vivement réactualisées les problématiques de concentration, d'enfermement et d'aliénation potentielle, dans des formes que nous avons précédemment caractérisées, des personnes présentant des troubles psychiatriques, ce terme d'aliénation semblant d'ailleurs avoir disparu du langage du champ considéré et il nous paraissait important de le réintroduire et de le questionner à nouveau explicitement comme cela avait déjà été fait, nous l'avons montré, dans un passé récent.

Nous avons principalement convoqué pour cette étude investigatrice de ce passé et compte tenu de l'objectif évoqué précédemment, les courants de la sociologie formelle, de l'individualisme (interactionnisme) méthodologique et de la sociohistoire.

Nous avons également fait appel à des disciplines différentes du domaine des Sciences humaines et sociales, certaines fédérées sous l'appellation de Sciences de l'éducation, et à des sources multiples lorsqu'elles étaient porteuses de sens par rapport à notre exposé.

²¹⁸ En ce qui concerne le milieu pénitentiaire E. Archer en donne l'explication suivante : « Parmi les facteurs qui expliquent la présence en milieu pénitentiaire d'un nombre élevé et croissant de malades mentaux, nous relevons l'extrême diffusion, dans l'esprit des magistrats et surtout des experts-psychiatres, du postulat de l'effet thérapeutique de la sanction pénale en toutes circonstances : ce qui contribue à expliquer notamment, la chute impressionnante, parmi les personnes mises en examen, du pourcentage et du nombre de malades mentaux reconnus irresponsables pour abolition du discernement et perte du contrôle des actes » (2001, p.39).

Enfin nous avons considéré que maladie mentale et éducation étaient le résultat, le produit des relations sociales, plus que de la société en elle-même et que l'étude de leurs interactions réciproques justifiait de pouvoir se faire part et grâce à l'étude d'un acteur qui en cela fut exemplaire et remarquable, il s'agissait de G. Daumézon.

Notre démarche nous en avons conscience a parfois consisté à insister, après les avoir identifiés, sur les traits les plus significatifs, les plus déterminants des phénomènes sociaux-historiques que nous abordions, mais on voudra bien retenir que cela était nécessaire, à l'instar de la fonction que G. Simmel accordait à la notion de forme et M. Weber à celle d'idéal-type, afin de permettre l'investigation d'un champ aussi vaste et dense que polymorphe et diversifié.

Nous avons ainsi montré que l'on envisagea rapidement qu'il pouvait y avoir un lien entre l'existence de relations sociales devenues nocives et pathogènes et une possibilité de pouvoir y remédier, d'abord en isolant et ensuite en dotant l'asile et l'hôpital psychiatrique d'une fonction de rééducation à la possibilité d'une vie sociale moins problématique.

A défaut en effet de pouvoir soigner effectivement les troubles liés à la maladie mentale, ce qui était l'objectif initial des premiers aliénistes, on imagina que l'environnement pouvait au moins avoir un effet sur la composante de la maladie mentale caractérisée par l'altération des relations sociales, chez un individu qui par essence est social.

On aura donc présumé que les institutions précitées par leurs modalités d'organisation essayeront de créer un environnement qui permettra la rééducation, nous en avons relaté plusieurs formes et ce qu'il en advint.

Nous avons décrit également comment l'asile est devenu coercitif par la mobilisation d'une pédagogie du conditionnement total, et le cas évoqué de F. Leuret fut en cela exemplaire, qui conduisait à la négation de l'individu et à l'aliénation de la singularité de son moi social.

Nous avons aussi dit en quoi le traumatisme de la Seconde Guerre mondiale entraîna un mouvement, qualifié de psychothérapie institutionnelle, qui mobilisa, à des fins de désaliénation, des approches éducatives conçues comme émancipatrices des relations sociales et donc de l'institution et active car transformatrice de l'individu en soi (Honoré, 1977).

Explicitement les instigateurs de la pédagogie dite « nouvelle » avaient eu, après l'effroi lié cette fois-ci à la guerre de 1914-1918, le même projet politique que G. Daumézon après celle de 1939-1945 : l'éducation devait pouvoir permettre à l'individu l'accès à un sens critique, sur lequel reposera son libre arbitre et sa capacité à trouver un compromis acceptable avec les phénomènes d'aliénation sociale qui le concerne.

La question du sujet, plus que tout, se posait désormais autant en terme de citoyenneté que d'éducation.

Nous avons alors relaté ce qui en résulta sur le dénominateur commun de l'institution, d'un côté au titre de la psychothérapie institutionnelle et de l'autre de la pédagogie institutionnelle, courants dont on aura souligné les grandes similitudes.

Nous avons montré également que la composante sociale de la maladie mentale était dominante, d'abord parce qu'elle était intrinsèque à l'être humain qui ne se constituait qu'à travers les relations sociales s'établissant au quotidien.

Ensuite parce que les ensembles institués, que l'on a qualifié d'institutions, reposent eux-mêmes sur le tissu, le substrat et la nature de ces relations sociales (Simmel, 1908) qui ont vocation à se reproduire de façon inconsciente par le biais de l'action éducative, jusqu'à un moment où elles se modifient sous la pression d'évènement majeurs (Elias, [1939], 2003).

Nous avons évoqué précédemment au titre de ces évènements majeurs la Seconde Guerre mondiale en ce qui concerne l'institution psychiatrique et la première pour ce qui était relatif à l'enseignement.

Cela laissa envisager à des psychiatres et en particulier à G. Daumézon que seule la transformation de la teneur de ces relations, que nous avons caractérisées, pouvait modifier la dimension profondément coercitive des hôpitaux psychiatriques : « En fait, dira-t-il, le psychiatre n'est jamais, même dans les formes les plus avancées de la psychothérapie, que le truchement des modes d'adaptation correspondant à chaque structure sociale [...] même à l'hôpital, c'est le personnel infirmier et l'institution qui exercent l'action directe sur le malade » (Daumézon, 1964, p.657).

Il mobilisa alors pour se faire, dans la pratique et sans les théoriser toutes les ressources de l'éducation et de la pédagogie qui étaient à sa disposition, par et dans des

actions de formation, pour lui fondamentales, qui concernèrent aussi bien les soignés que les soignants.

Dit autrement il fallait d'abord guérir le malade des effets de l'hospitalisation psychiatrique et pour cela lui rendre sa fonction rééducative et de réinsertion sociale dans le contexte de l'altération des liens sociaux, qui avait résulté des conséquences des troubles chez la personne malade.

Réapprendre ou apprendre à vivre en société et avec le groupe, sous la forme d'activités et de médiations collectives en était à la fois le moyen et l'expression, avec la singularité de son rapport aux autres, au monde et à soi-même, tel était l'enjeu de ces psychiatres et des équipes qui travaillaient avec eux.

La psychothérapie institutionnelle à l'instar de la pédagogie institutionnelle, au niveau de l'enseignement scolaire, fut donc mobilisée et plus particulièrement en ce qui concernera G. Daumézon, la pédagogie active conçue comme contributive de relations se démarquant de ce qui avait induit, par la dépendance et la soumission, les phénomènes d'aliénation dans les hôpitaux psychiatriques, nous en avons expliqué les principaux mécanismes.

Pour cela il fallait recruter et former différemment les personnels et en particulier les infirmiers, ce à quoi il s'attacha dès ses débuts professionnels.

En effet les relations du quotidien étant pour lui le plus grand des facteurs d'aliénation (Lefebvre, 1958), il fallait de ce fait les changer et pour cela mener un travail de fond avec ceux qui étaient le plus avec les malades, à savoir les infirmiers, alors considérés comme les acteurs déterminants du changement escompté des pratiques.

Il envisagea également à ce titre de fonder une véritable clinique de l'activité se substituant à une nosographie psychiatrique selon lui obsolète.

En cela et pour G. Daumézon les soignants et en particulier les infirmiers étaient les acteurs déterminants du changement escompté et ils devaient être formés en conséquence.

Nous avons montré que faute de dispositifs existant en psychiatrie, ou compte tenu de ce qu'ils étaient, ce fut le sens de sa collaboration avec les CEMEA.

De façon schismatique et subversive il remettra en cause la prévalence du savoir médical, exclusif et dominant, sur le savoir infirmier issu de la pratique du quotidien, dont nous venons d'évoquer le rôle majeur qu'il lui accordait, en précisant toutefois que peu formalisé, il était aussi peu reconnu et peu considéré.

Il en résulta à terme des résistances institutionnelles et corporatistes et ainsi il perdra d'abord sa fonction de médecin directeur, et ensuite il sera marginalisé par nombre de ses collègues dans des conditions et pour des motifs que nous avons examinés, en particulier lors des Rencontres de Sèvres et du Congrès d'Auxerre.

Il n'établira aucun corpus, aucune théorie de ses actions en matière d'éducation, de pédagogie et de formation (Bernard, Daumézon, 1980), ce que firent un certain nombre de ses collègues psychanalystes et en particulier F. Tosquelles et J. Oury.

Nous n'avons pas été sans rappeler à cet égard qu'il a fallu ici reconstituer son œuvre pédagogique, qui ne fut pas loin sans faut nous l'avons montré, sporadique ou dictée par les événements, mais qui s'ancrait dans une démarche véritablement stratégique en matière éducative, qu'il avait établie de façon intuitive lors de l'élaboration de sa thèse en 1935, à l'âge de 23 ans et qu'il poursuivra par la suite avec obstination.

Indubitablement il est apparu que G. Daumézon fut l'un des psychiatres pédagogues majeur de son époque.

Notre prochain développement justifiera d'ailleurs, nous le pensons, d'avoir à nous rappeler dans notre actualité que son œuvre, autant dans ses tenants que dans ses aboutissants, peut nous être utile au titre des questions de fond qu'il examina, en ce qui concerne les relations possibles entre le champ de l'éducation et celui de la psychiatrie.

Nous aborderons donc successivement à ce titre :

La normalisation des pratiques de soins ; les rapports entre la santé, l'éducation et l'ordre social ; l'éducation thérapeutique et les contraintes du quotidien ainsi que la question de la spécificité des savoirs infirmiers en psychiatrie.

2-6-2. La normalisation des pratiques de soins

Il était d'abord significatif de mettre en évidence, en première intention, ce qui est aujourd'hui en train de se généraliser au titre de la mise en place de pratiques normatives issus de modèles de construction théoriques, bien loin de la nécessaire prise en compte du quotidien comme socle de la relation soignante en milieu psychiatrique.

Plus les concepts mobilisés sont généraux et plus notre approche de la vie est « chosifiante » soulignait H. Bergson (1917) et il en va alors de même de notre logique de pensée, qui ne doit pas reposer sur une réalité qui serait unique, mais sur les formes qui lui sont données par notre intellect.

En tout état de cause dans ce contexte ce qui avait primé pour G. Daumézon et certains de ses collègues et équipes de soins, principaux acteurs de la mise en place de la psychothérapie institutionnelle, ce n'était pas le cadre virtuel des méthodes et des procédures qui pourraient être mobilisées, mais celui de l'effectivité de la prise en compte dans le soin de la relation humaine et sociale.

Un soin qui par ailleurs ne s'inscrivait pas dans le prévisible et dans le court terme, mais dans le temps et compte de tenu des aléas de l'avancée ou du recul de la résolution des problèmes et des difficultés qui se posaient à la personne soignée.

On imagine alors facilement la complexité et la souplesse qui étaient nécessaires pour en tenir compte, ainsi que les investissements en temps et en qualification pour un personnel qui n'était pas formé pour cela.

Des efforts notables et décisifs avaient alors été faits en la matière et nous avons souligné le rôle important qui en cela fut celui de G. Daumézon.

Toutefois les éléments constitutifs du paradigme de réalisation des soins psychiatriques ont évolué et sont désormais envisagés par ceux qui ont le pouvoir de décision en la matière et bien que non-soignants dans leur grande majorité, ce sont désormais eux qui érigent des modèles de plus en plus exclusifs de ce qui serait à faire pour « bien soigner ».

Ce qui importe, à leur instigation, c'est maintenant le court terme et non la durée, c'est l'autodétermination et non l'accompagnement et c'est la standardisation des propositions

de pratiques, envisagées selon les maladies et non les malades, qui seront considérées comme étant « les bonnes pratiques », que l'on « recommande » et dont il est légitime de ce fait que l'on contrôle l'application.

On ne demande plus à l'individu de changer le monde, précise P. Coupechoux, mais de s'y adapter :

« Par là même le modèle est en train de constituer un modèle d'individu [...] (or) la folie ne peut pas entrer dans ce schéma totalitaire. D'abord parce que le fou ne peut pas se passer d'un réel authentique. Il ne peut se plier à la relation marchande et contractuelle dominante même si on cherche à l'y forcer [...] au fond l'enjeu est de taille : La folie montre en permanence à ceux qui veulent bien encore s'intéresser à elle, que l'individu c'est autre chose qu'une ressource humaine évaluée, ramenée à des chiffres, des courbes, des indicateurs » (2010, para.11-12).

Si les protocoles et les procédures sont nécessaires aux soins, ce qu'il ne convient pas de réfuter dans l'absolu, on se doit également de considérer qu'il y a une différence de pertinence, dans ce qui fonde cette nécessité, entre leur mise en œuvre dans un lieu où se déroule une opération chirurgicale, par exemple, et dans un autre où se réalise un suivi thérapeutique psychiatrique.

C'est justement cette différence qu'il faut affirmer par rapport à des modes de pensée qui sont en train d'uniformiser et de normaliser les pratiques soignantes dans le champ des soins psychiatriques.

Il s'y ajoute en outre un modèle de communication qui par le biais du changement du traitement de l'information se mécanise, se technicise, se désincarne, et lui fait perdre progressivement la fonction qu'elle pouvait avoir dans la mise en récit d'une histoire de vie partagée, que cela concerne les soignés comme les soignants (Gori, 2011).

A cet égard d'ailleurs les corps intermédiaires et le corps d'encadrement de santé en particulier auront un rôle important à jouer dans cet enjeu de la spécificité des savoirs et des savoir-faire des soignants en psychiatrie, afin notamment que la techno-méthodologie ne

prime pas sur l'approche existentielle des problématiques de soins et sur le respect de la singularité du sujet²¹⁹.

Sinon un peu à la fois se tissera une toile qui déterminera des façons uniformes de penser, d'apprendre et de pratiquer le soin.

Car de plus en plus, en psychiatrie comme ailleurs, c'est la prise en compte de la stratégie des actes dits « techniques » qui prédomine, c'est plus facile, cela se voit, cela se compte, se compare et se rentabilise.

Ce ne sont plus dans les interstices existentiels que s'envisagent et s'imaginent les soins, notamment en psychiatrie, ce que G. Daumézon proche en cela du courant de la *Daseinanalyse* (Binswanger, 1971) considérait pourtant comme premiers. On soulignera à nouveau à cet égard, combien à son époque, il se distingua en cela de nombre de ses confrères.

Retenons également l'importance qu'il accordait à chacun de pouvoir envisager sa vie et son histoire dans la singularité de sa constitution et de son expression relevant d'une indétermination et non d'une prévisibilité de l'existence.

En effet cette existence est faite de moments et de rencontres humaines²²⁰ non prévus, pas toujours dictés et programmés, dans des situations incertaines, dans le doute, l'indistinct et les hésitations, et non dans le planifié, le fléché et le contrôlé, par une quête devenue obsessionnelle, tout autant qu'illusoire, de la disparition du risque et de l'imprévu (Foucault, 1985).

Actuellement, ce qu'il y a de difficile à supporter pour un soignant ce n'est pas de savoir ce qu'il conviendrait de faire pour aider et soulager la personne en souffrance, ni bien souvent comment, mais c'est de constater qu'il n'a, ni les moyens, ni le temps pour le réaliser.

²¹⁹ On peut lire sur ce thème l'article de P. Campia (2013) : *Les enjeux du management de proximité dans les organisations de soins. De l'hyper rationalité vers un peu plus d'humanité.*

²²⁰ A ce sujet P. Delion (2017) dira : « La question de la souffrance psychique traverse toutes les maladies, mais plus particulièrement en psychiatrie, comment rencontrer quelqu'un qui a tellement de mal à rencontrer les autres, (or) il faut le rencontrer pour qu'il puisse participer à une humanité commune [...] La psychothérapie est une boîte à outils, le soin psychique développe la capacité de rencontrer, de se rencontrer en considérant l'autre comme auteur de cette rencontre : la rencontre, c'est quand après je ne suis pas comme avant ».

Ce n'est pas alors de procédures, issues de modèles technico-économiques, dont il a besoin, si souvent inutiles dans sa pratique, notamment en psychiatrie, et si éloignés des savoirs, que l'on semble en outre s'attacher à remettre constamment en cause.

Ce n'est pas de contrôle dont il a le plus besoin, mais de confiance, de compréhension, d'autonomie et de plus en plus également de respect pour sa condition professionnelle et humaine, telle était la profession de foi de G. Daumézon.

Voilà la problématique et un ensemble de pratiques à : faire, dire, penser... constitutifs à terme d'un nouveau phénomène d'aliénation dans le domaine de la psychiatrie, qui se situe au même niveau que celle à laquelle G. Daumézon a eu à faire face, et nous postulons, qu'à nouveau la question de la place et du rôle, que peut y avoir l'éducation, se pose aujourd'hui comme elle se posa à lui.

2-6-3. Les rapports entre la santé, l'éducation et l'ordre social

Le phénomène actuel de la médicalisation intensive de notre santé et de la normalisation des pratiques qui en résultent, y compris de plus en plus dans le domaine de la santé mentale, s'accompagne également d'une mobilisation éducative importante susceptible de déterminer des conduites et de comportements que N. Elias (1939) appelle « auto-contrôlés » c'est-à-dire intériorisés culturellement et actifs sans plus être conscientisés.

Cela procède d'abord du choix qui a été fait de privilégier une conception de la santé que F. Danvers définit en ces termes en l'articulant au concept d'éducation :

« Une conception de la santé comme composante de l'homme, définit une somme d'aptitudes physiques, sensorielles et mentales observables et évaluables pour laquelle la prévention des risques encourus s'est construite à partir d'interdits au nom d'un pouvoir scientifique relayé par des instances sociales laissant peu d'espace éducatif à l'initiative du sujet. Dans ce sens l'éducation à la santé a servi la prévention sur la base de l'évitement de toute forme de risque évalué selon des modèles probabilistes » (2009, p.502).

On peut également ajouter que notre santé et l'appréciation que nous faisons de son état est le résultat d'un processus de construction sociale (Castel, 2010) qui fait que nous la

considérons de plus en plus comme un produit, un bien de consommation également devenu constitutifs de bien des modes de vie étant pour nous les plus quotidiens (Herzlich, 1973).

Elle reposerait en outre à la fois sur un phénomène de généralisation de la médicalisation et répondrait de plus en plus aux impératifs sociaux-économiques dominants d'inspiration libérale, qui envisagent d'organiser les conditions individuelles et collectives de prévention de la maladie : « La politique médicale française se veut une réponse globale, privée et publique, libérale et encadrée, à la maladie [...] il s'agit dès lors de transformer la décision médicale pour en faire un facteur déterminant de rationalisation du social²²¹ » (Demichel, 2006, p.91).

On remarquera par ailleurs avec insistance que cette prégnance d'une approche économique libérale concerne aussi désormais pleinement le secteur des soins psychiatriques, qui se distingue de moins en moins de celui des soins somatiques et se voit de plus en plus imposer ses règles, ses procédures, ses modes d'organisation, de gestion et de penser la personne malade, la maladie et le soin.

T. Hajman précisera qu'il s'y ajoute de façon déterminante, en ce qui concerne la psychiatrie, une approche réglementaire et législative²²², pour lui résolument sécuritaire, des troubles mentaux, allant jusqu'à imposer des traitements sans consentement au domicile des patients, ce qui le conduira à parler de néo-aliénation.

Contribuer à notre santé et à son optimisation rationnelle est donc une démarche dont nous serions désormais dépositaire, pourquoi pas dans le principe, mais nous verrons que cela ne va pas sans poser des questions de fond sur les préalables qui discréditent le bien-fondé initial de la conception et de l'application même de cette démarche.

Maintenant considéré comme « acteur » de notre santé, nous sommes aussi davantage tenus comme personnellement responsables de son altération, puisqu'on nous dit de plus en plus ce qu'il faut faire pour que cela n'arrive pas.

²²¹ Même en psychiatrie il s'agira donc désormais de rationaliser l'irrationnel et on ambitionnera de nous éduquer maintenant à la santé mentale en présupposant que l'on ait été capable de la définir, ce qui n'a guère été démontré jusqu'alors (Deleuze, [1972], 1990).

²²² Allusion aux lois n° 2011-803 du 5 07 2011 et n° 2013-869 du 27 09 2013 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Les difficultés et les problèmes alors se potentialisent, surtout lorsque l'on évoque la notion d'éducation thérapeutique, que l'on retiendra principalement, pour rester dans le domaine des soins qui a été davantage l'objet de notre propos et en préalable nous évoquerons les notions de : l'éducation à et pour l'éducation.

2-6-4. L'éducation à et pour la santé

On précisera d'abord qu'il n'y a pas de définition consensuelle de la santé et que l'on se réfère classiquement et fréquemment à celle proposée en 1946 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour qui : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas une absence de maladie ou d'infirmité ».

Il est tout aussi classique de considérer cette définition comme un idéal impossible à atteindre.

D'ailleurs « être en santé » correspond tout autant et même davantage à un état transitoire où la place du ressenti est déterminante.

Ce point de départ n'est pas fait pour faciliter, on en convient facilement, la juxtaposition à ce concept de santé d'un autre concept tout aussi multiforme puisque l'on parle de celui de l'éducation.

Pour clarifier quelque peu cette question toutefois G. Buissonnet-Verger propose de distinguer l'éducation pour la santé et l'éducation à la santé.

L'éducation pour la santé serait :

« Cette composante des programmes de santé qui consiste à essayer de façon systématique de modifier le comportement de l'individu, du groupe, ou de la communauté (ce que les gens pensent, sentent et font) dans le but d'appuyer les activités curatives ; préventives ou de réhabilitation et de promouvoir une meilleure santé » (Stewart cité par Buissonnet-Verget, 1997, p.17).

Certains selon elle en sont venus à assimiler l'éducation pour la santé à un endoctrinement résultant d'un processus centré sur les comportements afin de conduire à leur changement, la santé serait alors considérée comme une des finalités de l'éducation et non comme un objet de l'éducation.

L'éducation à la santé serait par contre un processus devant permettre que les individus soient mis en possibilité de prendre en charge eux-mêmes leur santé, qui n'est plus alors considérée comme une finalité de l'éducation mais comme un moyen, un objet de cette éducation au même titre que d'autres objets.

Pour cette auteure les deux démarches dans leurs présupposés mêmes sont inconciliables, car on ne peut en même temps chercher à obtenir des comportements normés et spécifiques et se proposer de cultiver la capacité de faire ses propres choix en la matière.

Le « pour l'éducation » ne serait enfin justifiable que pour des maladies particulières susceptibles de devenir endémiques et à partir d'un consensus social qui permettrait de l'éviter, on ne pourrait pas alors véritablement parler d'éducation, ce terme devant être réservé à « l'éducation à la santé ».

Examinons désormais ce qu'il en est de l'éducation thérapeutique qui se propose d'être une démarche déterminante des processus et prises en charge soignantes particulièrement dans le champ de la prévention.

2-6-5. L'Education thérapeutique et les contraintes du quotidien

De façon générale et selon une définition qui en était donnée en 1998 par L'Organisation Mondiale de la Santé : « L'Education thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Il s'agit alors de procéder à l'instruction des patients en lui transmettant des informations dont on présuppose que la connaissance qu'il en aura sera bénéfique à son état de santé, en évitant qu'il ne se dégrade davantage ou à nouveau (Deconstanza, 2006).

Mais comme le précise J-M. Revillot : « (cette) instruction ne peut faire abstraction du débat autour de ces questions qui jalonnent le quotidien des soignants et heurtent les limites de cette approche (2011, p.20).

Une enquête (Thiam & al, 2012) réalisée en service de « court séjour », où les durées d'hospitalisation sont brèves, a permis, à partir de l'observation de 18 patients atteints de pathologies cardiovasculaires, de les recenser et de les regrouper dans ce que les auteurs appellent les 4 trop : le trop plein, le trop vite, le trop tôt et le trop fort.

Il y a d'abord en général un trop plein d'actions informatives et éducatives liées à la dispersion des objets d'intervention (médications, hygiène de vie, alimentation, gestion de soi, de son environnement ..., et à la diversité des intervenants (médecins, infirmiers, diététiciens, assistantes sociales, rééducateurs...).

Tout cela se fait en outre dans un temps très limité d'hospitalisation, qui se réduit de plus en plus, à un moment généralement aigu de la maladie qui fait que les changements de comportements liés à des habitudes de vie ne sont pas chez le patient une priorité²²³.

Enfin cette démarche est conçue et imaginée par les professionnels qui se considèrent fréquemment comme maîtres d'œuvre en la matière, le patient « acteur » présumé de la démarche n'ayant au mieux qu'un rôle passif, compte tenu de ce qu'il pourra dans ces conditions comprendre et mémoriser de ce qui lui est transmis comme informations, sans être en mesure bien souvent de se l'approprier.

Or concluent les auteurs dans des systèmes organisationnels hospitaliers où l'on est plus dépendant qu'acteur : « les patients sont des apprenants particuliers et leur motivation à l'apprentissage dépend de leur degré d'acceptation de leur maladie » (*Ibid.*, p.298).

Le manque de temps est donc une contrainte cruciale pour le personnel dans un contexte de raréfaction des effectifs et de déperdition d'un temps soignant qui se trouve de plus en plus accaparé par des tâches gestionnaires d'administration, n'ayant guère à voir avec le soin dispensé aux patients.

Alors on cherche à optimiser ce temps à partir de procédures, de protocoles et de parcours standardisés, fléchés et informatisés. En présumant ces façons de faire comme

²²³ « Penser on ferme les asiles, on s'en débarrasse, c'était naïf : la psychiatrie ce n'est pas que ce qui est aigu, elle est consubstantielle à la chronicité, le traitement d'une personne atteinte de schizophrénie ne peut pas se travailler que dans l'urgence [...] On laisse ainsi tomber énormément de malades mentaux or d'autres doivent faire partie de leur monde [...] C'est à nouveau coercitif aujourd'hui, cela se met à nouveau en place, il faut réfléchir sur la question de la rencontre, la rencontre doit continuer à avoir un visage humain [...] (or) les métiers de la relation vont mal, il y a une disqualification de notre travail par les tutelles, c'est un phénomène de casse du service public pour des raisons mercantiles, la rencontre n'est plus possible, on en revient à la médication et à l'enfermement. Il faut repenser la hiérarchie statutaire en hiérarchie sujétale, car ce sont des personnes qui sont concernées » (Delion, 2017).

logiques et légitimes, car étant appréhendées sous une forme programmatique et ce faisant on développe en fait des processus d'éducation de masse qui valent pour tous, c'est-à-dire en général pour personne.

A des fins de démonstration prenons et commentons la logique de raisonnement d'un projet « d'éducation thérapeutique », dont l'objectif avoué, puisqu'énoncé par l'auteure, était son utilisation comme « outil managérial » (Robert, 2015).

Il concerne un projet d'éducation thérapeutique pour des patients présentant des facteurs de risque métaboliques dans un service de psychiatrie.

Il y est avancé pour attester la pertinence de cette démarche que les personnes psychotiques ou présentant des troubles de l'humeur présenteraient un taux 2 à 3 fois plus élevé de risques métaboliques, ce qui n'est d'ailleurs pas contestable, mais qui pourrait sans doute être aussi caractéristique d'autres publics fragilisés.

A son arrivée donc chaque patient, qui est redevenu anonyme, y compris dans la particularité des troubles qui sont les siens et de son état de difficulté, de mal être et de souffrance, qu'on présume important puisqu'il est hospitalisé en service de psychiatrie, reçoit une plaquette d'informations sur les facteurs de risque associés à certaines habitudes de vivre (tabac, alimentation...) ou à certaines pathologies avérées (apnée du sommeil, symptômes cardiovasculaires...), cela n'est pas précisé.

Des conseils diététiques, des activités sportives, en résumé tout ce qui peut s'apparenter à la mise en place d'une « bonne hygiène de vie » seront prodigués lors d'entretiens individuels par atelier, ainsi que des informations relatives aux traitements médicamenteux, mais on suppose que cela était déjà fait habituellement.

Dans l'absolu on ne peut que se satisfaire et être d'accord avec cette préoccupation, qui n'est pas en rupture d'ailleurs avec ce qui se faisait auparavant.

Pourtant très vite on pourra émettre l'hypothèse que cette démarche est généraliste et valant pour l'ensemble des personnes, sans posséder les moyens humains et théoriques de résolution au niveau individuel.

Les initiateurs de ce projet soulignent d'ailleurs eux-mêmes qu'il conviendra de l'étendre à l'ensemble de l'établissement, avant même l'évaluation des effets de ce projet sur les patients et qu'on présuppose donc comme positive, car de nombreuses heures de formation lui ont été consacrées et il faut donc : « un retour sur investissement ».

Le patient destinataire de la démarche devient sur ce seul argument un acteur de sa santé et implicitement acteur de santé, mais attention, est-il précisé, dans le champ de ses compétences et pas au-delà d'une frontière qui ne semble pas poser de difficulté à être identifiée.

C'est un acteur qui devra se limiter en fait à faire ce qu'on lui demandera de faire et sans plus, on ambitionne pourtant qu'il s'appropriera « les informations reçues » et qu'il collaborera ensuite à leurs propos avec les équipes soignantes.

Rappelons qu'il est également envisagé de mettre en place cette démarche avec des personnes dont les troubles les situent dans le champ de la psychose ou présentant des troubles de l'humeur, autant dire des personnes qui ont un rapport particulier avec une conception plus usuelle et habituelle de la réalité.

Enfin, il faudra créer des instruments non seulement d'évaluation quantitative, car la démarche éducative est de planifier, de faire, de contrôler et de corriger, sans laquelle il n'y a pas de présomption de la qualité, mais également d'autoévaluation de la part du malade, pour conclure dans la complexité.

L'enfer, dit-on, est pavé de bonnes intentions et il ne s'agit pas ici de mettre en cause le fait qu'il faille s'occuper également des problèmes somatiques chez les personnes ayant des troubles mentaux, ni de contester la légitimité de la préoccupation soignante de ceux qui en sont les instigateurs.

Toutefois cela n'empêche pas que l'on puisse également s'interroger, en particulier dans le champ psychiatrique, sur le bien-fondé de la systématisation des mises en place de procédures aveugles, inadaptées à la réalité et aux préoccupations existentielles des personnes qui en sont les destinataires et qui s'apparentent bien souvent, compte tenu de l'effectivité et de la prégnance du quotidien, plus à des incantations qu'à autre chose.

H. Maldiney (1991, 2001) n'a pas été sans constater que l'homme en tant qu'être humain est de plus en plus absent de la psychiatrie, tellement on a désormais naturalisé et chosifié son existence.

Cet exemple qui pourrait apparaître comme caricatural ne l'est pas dans le milieu des soins infirmiers et n'est pas davantage marginal, il n'est que de lire les écrits professionnels publiés sur cette question.

Elle n'est pas le reflet non plus de tout ce qui se fait en la matière et bien des professionnels et des équipes de soins intègrent depuis bien longtemps, tout en y étant formés, la dimension de l'éducation à des fins ou dans des contextes thérapeutiques.

Ainsi le programme de formation des infirmiers de secteur psychiatrique de 1979 précisait (article 4) que l'élève infirmier devait : « avoir acquis les aptitudes nécessaires afin de réaliser les soins infirmiers dans toutes leurs dimensions » et mettait sur le même plan parmi les différentes dimensions des soins infirmiers : le curatif, la maintenance, la réhabilitation, la prévention et l'éducation. L'infirmier, évoquait son article 3 : « participe aux actions et à l'éducation sanitaire²²⁴ ».

Donc imaginer que la dimension éducative était précédemment absente des pratiques infirmières est inexact, elle faisait même l'objet d'un enseignement spécifique aux élèves infirmiers de secteur psychiatrique et s'intégrait au niveau de la prise en charge thérapeutique : « tant au plan technique que relationnel » (article 3 du programme de 1979).

C'est donc bien le phénomène de la standardisation et de la normalisation des façons de faire, en terme d'éducation dite thérapeutique, qui se trouve posé et pas seulement des questionnements sur la pratique éducative du et au quotidien, déjà bien ancien, dans le champ considéré, au sujet d'ailleurs de projets spécifiques qui ne peuvent concerner en psychiatrie que la prise en charge singulière d'une personne à nulle autre pareille.

Il ne s'agit pas de nier bien évidemment l'influence potentiellement positive que peut avoir l'éducation en matière de santé, mais de souligner que pour qu'il en aille ainsi il faut que celle-ci s'inscrive effectivement dans le quotidien des personnes qui sont concernées par son action.

²²⁴ Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique : Arrêté du 16 février 1973 modifié le 26 4 1979, le 03 07 1979, le 06 08 1979, le 20 05 1980 et le 01 06 1982.

E. Berthet ajoutera à cet égard que la première règle d'or de l'éducation lorsqu'elle concerne la santé est :

« La supériorité du concret qui veut que l'éducation pour la santé soit vivante, qu'elle parte de la vie et qu'elle ne soit pas une mauvaise vulgarisation de notions médicales mal assimilées, ni une adaptation mineure des enseignements donnés dans les facultés de médecine [...] c'est dire que l'éducation pour la santé ne doit pas se cantonner dans la sphère des idées mais trouver ses fondements dans les actes de la vie quotidienne » (1983, p.3).

Voilà qui est bien proche de la position de G. Daumézon sur la question.

Le problème donc ne vient pas des finalités attendues de la démarche d'éducation en elle-même, mais de sa réappropriation systématique qu'un système organisationnel tente d'en faire, sous une forme désincarnée d'ingénierie, à des fins de gestion et au prétexte de sa rationalisation et de son optimisation.

D'ailleurs la majeure partie des projets d'éducation thérapeutique en eux-mêmes ne sont retenus que s'ils répondent à des normes préexistantes et c'est seulement à ce titre qu'ils seront pris en compte, au titre d'une activité que l'on considèrera comme ayant effectivement été réalisée et donc de ce fait comptabilisée et passible d'une possible dotation budgétaire.

La maladie, dépossédée de son essence existentielle, prime alors sur le malade et la méthode se déconnecte de son ancrage dans sa réalité.

A partir de ce constat et partant de ce principe, certains organismes de formation qualifiés, ni en éducation, ni en soins, forment maintenant des « managers » dont l'objectif est la mise en place et la gestion de dispositifs d'éducation thérapeutique.

De plus en plus également ces savoirs généralistes et méthodologiques basés sur des logiques gestionnaires et rationalistes, qui empruntent au management des entreprises marchandes, sont principalement enseignés dans les instituts de formation cadres de santé, au détriment de l'étude de l'activité clinique et thérapeutique du soin.

Ceux-ci ne valent alors qu'en eux-mêmes et l'on s'attachera d'ailleurs plus à évaluer l'effectivité de leur mise en place que leurs effets au niveau des soins, nous en revenons ici à notre exemple précédent qui postulait que l'éducation thérapeutique pouvait être un « outil » managérial.

En définitive et pour conclure, il en résulte principalement que ce qui faisait la spécificité des soins psychiatriques n'est quasiment plus enseignée en formation infirmière, ni en théorie et encore moins en pratique, au détriment des soins dits somatiques et des modèles de pensée médico-économiques qui y sont afférents et dominants.

Cela se répercute enfin de plus en plus dans les pratiques de l'exercice professionnel, en faisant abstraction de la singularité du champ psychiatrique, bien loin d'une approche holistique de la personne en souffrance et d'une démarche qui antérieurement s'était voulue fondamentalement existentielle de la prise en charge de la personne soignée.

G. Daumézon avait raison, le fil d'une certaine psychiatrie est coupé et de la même façon peut se poser, en la circonstance, la question de la prévalence des savoirs médicaux ainsi qu'il s'était proposé en son temps de les questionner et de mettre en cause leur hégémonie.

En effet la problématique des savoirs, de leurs natures, de leurs fonctions et de leurs enjeux nous fait émettre là encore des réserves sur les avantages présumés de l'éducation thérapeutique, telle qu'elle commence à se concevoir actuellement en psychiatrie et dont on attend encore, malgré l'engouement que l'on pressent parfois chez certains à l'énoncé de ce syntagme, la démonstration de la pertinence de ses effets par rapport à ce qui se faisait précédemment.

Nous avons à cet égard plusieurs fois relaté le monopole que les médecins veulent conserver envers leur savoir et cela selon M. Ruel vaut aussi en matière d'éducation :

« Les médecins sont partisans d'une éducation sanitaire, mais pas n'importe laquelle [...] le pouvoir médical a besoin pour s'exercer pleinement, d'un malade éduqué, c'est-à-dire conforme, mais qui ne cesse pas pour autant de se conformer et demeure une fois averti, aussi modeste, aussi naïf, aussi confiant en présence du médecin qu'il l'était dans sa complète ignorance » (1977, p.46).

L. Boltanski (cité par Ruel, 1977), nous l'avons souligné également, a montré qu'il existe objectivement entre le malade des classes populaires et le médecin, nous pourrions y ajouter aujourd'hui les infirmiers, dont le savoir emprunte largement à celui de la médecine, une double barrière linguistique.

Celle d'abord de la technicité du langage employé qui s'ajoute à celle des différences culturelles et sociales de structuration de la langue (Berstein, 1975).

On évoquera ici également la complexité qui peut s'y ajouter de l'altération de la maîtrise du langage et/ou de la pensée, directement ou indirectement, lié à un trouble psychiatrique.

Il est assez extraordinaire d'ailleurs de voir combien ces distinctions sont peu prises en compte comme éléments déterminants d'établissement d'un projet d'éducation thérapeutique, peut-être parce que ce qui est surtout recherché repose sur une démarche de déconditionnement/reconditionnement, des comportements et des habitudes de vie laissant peu de place à la dimension d'une approche éducative plus compréhensive.

Il y a pourtant à cet égard une différence entre être informé et avoir eu une explication, par exemple s'entendre expliquer dans le détail le processus et les causes conduisant à un infarctus du myocarde et notamment le rôle qu'une consommation importante de tabac peut y jouer est différent de s'entendre dire que : « fumer cela n'est pas bon pour vous ».

Pour les classes dites « supérieures », qui ont plus de proximité avec celle d'appartenance du corps médical dans son ensemble, l'explication qui est estimée et considérée comme possible par le médecin deviendra alors un enjeu de concurrence et de pouvoir, le médecin se chargeant rapidement de le faire sentir à son vis à vis par son attitude et par la technicité qu'il mettra dans son propos, tout cela dans le temps imparti et somme tout bref de l'entretien ou de la consultation.

Par analogie, il n'y a guère de différence entre l'infirmier et le patient sauf, qu'une proximité de fait très importante introduit une nature de relations se différenciant de celles relatives au savoir comme facteur d'établissement d'une relation sociale, car reposant sur ce que F. Tosquelles appelait la « convivance » le fait de vivre ensemble.

En général constate A. Siou (2002) le patient n'a pas sa place dans l'univers médical et para médical, n'accédant par exemple directement aux informations contenues dans son dossier médical que depuis 2002²²⁵.

²²⁵ Allusion à la loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il est également et fréquemment considéré comme « inférieur » au soignant notamment en psychiatrie et de ce fait guère susceptible de comprendre la nature de ce qui lui arrive en dehors de ce qu'il en ressent et encore ne peut-il pas toujours l'exprimer.

On est loin de conditions requises qui optimiseraient la réussite de la mise en place d'une démarche éducative, qui ne soit pas autre que normalisée et normalisante.

Il nous reste enfin à examiner la question de la spécificité des savoirs infirmiers en psychiatrie, thématique déterminante de l'action de G. Daumézon, nous nous rendrons compte que l'action qu'il avait initiée, sans succès d'ailleurs, n'a guère fait l'objet d'un progrès en la matière et que sur bien des points, il avait pressenti ce qu'il en adviendrait de la spécificité d'un savoir qui aurait été singulier à l'infirmier.

2-6-6. La question de la spécificité des savoirs infirmiers en psychiatrie

Cette question fut au centre des préoccupations de G. Daumézon et justifiait donc que l'on puisse faire le point à son sujet²²⁶.

A partir des années 1970, dans le contexte d'après mai 1968, les infirmiers en psychiatrie prendront de plus en plus conscience d'une spécificité possible de leur activité professionnelle.

Toutefois et paradoxalement, la stratégie qui sera adoptée à des fins de revendication identitaire les éloignera selon nous de la possibilité de valoriser et de faire reconnaître des savoirs qui seraient issus de leur pratique, tel que le pressentait d'ailleurs G. Daumézon et comme nous en avons fait état.

Avant d'aborder ce point de vue rappelons en premier lieu que lors des rencontres de Sèvres le fait de se demander si les infirmiers de secteur psychiatrique pouvaient être considérés comme des psychothérapeutes avait rencontré une vive opposition, venue surtout d'un mouvement de protection corporatiste de nombreux psychiatres.

²²⁶ Cette partie s'adosse à un article paru dans la revue *Education permanente* : *Les savoirs infirmiers en psychiatrie*, écrit par Krzyzaniak, P., & J. (de) Miribel (2016).

Fallait-il en effet que les infirmiers empiètent sur, voire s'approprient, le champ de savoirs des psychiatres, et qui plus est des psychanalystes ? Que deviendrait la scientificité de la pratique psychiatrique si celle-ci était rendue accessible à des profanes, non issus du sérail médical et par ailleurs infirmiers ? La question de la reconsidération du rapport de collaboration éventuelle entre l'infirmier, investi de nouvelles fonctions psychothérapeutiques, et le psychiatre fut ainsi posée (Bernard, 1962).

La controverse qui s'ensuivit déboucha sur une scission progressive entre ces deux corps professionnels et atteindra son point culminant, comme nous l'avons relaté, lors du congrès réunissant des psychiatres à Auxerre en 1974.

Au même moment en effet que se déroulait ce congrès présidé par G. Daumézon et en réaction, un contre-congrès fut organisé par un collectif d'infirmiers regroupé sous le nom d'Association pour l'étude et la rédaction du cahier du livre blanc en psychiatrie (AERLIE).

L'impact politique fut fort, car il démontra la capacité de rassemblement de ce corps paramédical et la portée de ses protestations fut importante, car soutenue par un engagement syndical et politique puissant (Fourquet & Murard, 1980).

La dimension militante et politique prit alors le pas sur l'affirmation d'un savoir spécifique à construire et à faire reconnaître en tant que tel.

L'infirmier psychiatrique de façon générale s'attacha moins désormais à faire valoir sa spécificité au travers de critères pragmatiques définissant des savoirs qui lui étaient propres, qu'à la mise en œuvre d'une rhétorique professionnelle visant à négocier des « *jurisdictions* », des territoires de compétences (Abbott, 1988).

Ainsi, dans les années 1980 certains dont L. Bonnafé, mais en particulier et principalement G. Daumézon, considéraient que les critères visant à structurer l'identité infirmière auraient été à puiser dans les pratiques mêmes du quotidien de leur métier et dans le travail destiné aux soignés.

Ces professionnels continuèrent toutefois à poursuivre leur évolution préférentiellement en référence à des savoirs surtout médicaux, dont ils emprunteront les codes et le langage, ainsi que les modes de reconnaissance universitaires.

Cette orientation académique éloigna d'autant les voies possibles de reconnaissance professionnelle par la pratique, accentuant la prévalence accordée à celle du diplôme²²⁷.

A travers cette quête d'affirmation identitaire, les infirmiers en psychiatrie feront donc le choix important d'associer, en émettant l'hypothèse qu'ils auraient pu éventuellement faire autrement, leur formation à des corps extrinsèques, tels que la sphère médicale ou l'université (Krzyzaniak, 1989).

Cette stratégie donnera lieu à un délaissement de l'analyse des pratiques de la part de ces infirmiers, réduisant les voies de la connaissance et de la reconnaissance de leur propre spécificité d'expériences et de savoirs. Ainsi, peu pris en compte, peu formalisées, le travail quotidien des infirmiers resta considéré comme reposant, au mieux, sur un ensemble de savoirs profanes plus que sur des savoirs savants davantage légitimés socialement (Jodelet, 2013).

Par ailleurs et de façon conjointe leur formation empruntera de plus en plus au domaine du somatique (médecine, chirurgie...) ce qui en diluera davantage la particularité, tout en renforçant une prédominance déjà acquise et actée des infirmiers en soins généraux sur leurs collègues de psychiatrie²²⁸ (Henckes, 2009).

Cette somatisation progressive du savoir infirmier (de la psychiatrie et de la santé mentale) se traduit particulièrement dans les programmes de formation des infirmiers de secteurs psychiatriques²²⁹.

²²⁷ De façon générale il y a eu, selon F. Maillard (2015), depuis le début des années 1960, une augmentation très importante des demandes d'accès à des diplômes (ainsi que de l'offre), ceux-ci apparaissant en effet à leurs demandeurs comme décisifs afin de pouvoir accéder à un emploi. Cela a conduit, de concert avec la mise en place de nombreux référentiels, à la création de compétences de plus en plus uniformisées et standardisées. Loin de se centrer sur les activités effectives de l'exercice professionnel, ces référentiels visent en fait et surtout à répondre à la demande des employeurs en termes de polyvalence, de mobilité et de flexibilité du travail.

²²⁸ Rappelons qu'une infirmière en soins généraux, par ailleurs diplômée d'Etat, pouvait exercer en secteur psychiatrique à ce seul motif, sans être titulaire du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et parfois sans même disposer d'une expérience en la matière.

²²⁹ Précisés en 1958 ceux-ci favorisèrent des enseignements issus tant de la psychiatrie que de la médecine somatique (Annexe à l'arrêté du 4 octobre 1958). Les suivants (Annexes aux arrêtés des 16 février 1973, 26 avril 1979 et 23 mars 1992)

Ainsi à la suite de la mise en place du programme commun à l'ensemble des infirmiers de 1992 qui signalait la disparition des infirmiers de secteur psychiatriques, J-L. Gérard (1993) avait estimé à un tiers la perte de la place de la psychiatrie dans la formation²³⁰.

Ce constat est d'ailleurs très optimiste et omet de préciser que la plupart des élèves ne choisissaient pas les options psychiatriques de la formation, ce qui ne les empêchait nullement de faire leurs débuts professionnels en psychiatrie avec un minimum de 860 h d'enseignement obligatoire dans cette spécialité, au lieu des 2240 h précédemment.

Ce déficit formatif majeur en matière de formation psychiatrique des infirmiers faisait que désormais elle n'avait que peu de rapport avec la pratique quotidienne (Boulanger & Chaix, 1977).

Ces dispositions entraîneront enfin de façon majeure, à la fois une avancée hégémonique de la discipline somatique sur la santé mentale et parallèlement une déconsidération de la particularité et de la spécificité de l'exercice infirmier en psychiatrie par rapport à celui se réalisant en soins dits généraux et ce faisant des acteurs qui les réalisent.

L'évolution de ces programmes de formation témoignera également du volontarisme des pouvoirs publics à s'impliquer de plus en plus dans l'élaboration des finalités et *curricula* de formation en santé mentale afin de rendre plus homogènes, voire plus flexibles, les moyens en personnels paramédicaux, objectifs liés à la rationalisation et la planification des offres de soins.

furent renforcés par des modules abordant notamment la connaissance de l'homme et de son environnement. Enfin, la dimension spécialisée (deuxième et troisième années) de ces référentiels donna lieu à la primauté des soins généraux dans les *curricula* avant d'aboutir, en 1992, à la mise en place d'une formation unique commune aux infirmiers destinés à exercer en soins somatiques et en psychiatrie. En termes de volumes horaires, la psychiatrie représenta dès 1992 un total de 440 et 600 heures contre 1600 heures (pour les cours théoriques) en 1979.

²³⁰ Dans ce contexte on consultera plus particulièrement les programmes suivant : Arrêté du 23 juin 1977. Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Ministère de la santé et de la sécurité sociale. *Journal Officiel*. 1977. 5 juillet.

Programme des cours : Annexe à l'arrêté du 4 octobre 1958 portant organisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques. Ministère de la santé publique et de la population. *Journal Officiel*. 1958. 18 octobre.

Programme des études d'infirmiers de secteur psychiatrique : Annexe I de l'arrêté du 16 février 1973 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Ministère de la santé publique. *Journal Officiel*. 1973. 27 février.

Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et infirmière de secteur psychiatrique : Annexe de l'arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Ministère de la santé et de la sécurité sociale. *Journal Officiel*. 1979. 6 mai.

Programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier : décret n 92-264 du 23 Mars 1992 et arrêté du 23 Mars 1992 JO du 25 mars 1992, Annexe de l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

A l'évidence, un infirmier polyvalent valait mieux pour ces pouvoirs publics en terme de gestion et de rentabilité que deux corps infirmiers différents, les uns somaticiens et les autres psychiatriques (Henckes, 2009).

Dès lors, le rapport aux savoirs des infirmiers se déclinera systématiquement au prisme de la science médicale où la psychiatrie ne sera plus qu'une discipline comme une autre, compte tenu du peu de considération qu'on lui accorde bien souvent, regrettait G. Daumézon, sans parvenir à déterminer la singularité de l'infirmier qui y exercera.

Cela conduira dans la nécessité et l'urgence à imaginer des solutions de formation complémentaires allusives et palliatives, plus que l'intention d'envisager une spécialisation²³¹.

En résumé, les dimensions contradictoires sur lesquelles s'est construite l'identité collective infirmière feront donc que, tout en revendiquant une identité propre, le corps professionnel s'est progressivement éloigné des fondamentaux issus de ses pratiques de soins du quotidien.

Son évolution, de fait et par choix, s'est effectivement jouée autour d'une recherche de reconnaissance statutaire, entraînant un éloignement de cette sphère d'activités.

Une telle inclination reposait également sur un discrédit manifesté depuis toujours à l'égard de cette vie quotidienne qu'avait relevé entre autre P. Bernard : « Les tâches concernant le linge et le change sont actuellement considérées comme plus importantes que certains actes de soins infirmiers proprement dits. Par contre, ces mêmes tâches sont reléguées à un très bas niveau dans une organisation d'idéal » (1962, p.654).

Cet exemple illustre combien il était fait peu de cas de l'expérience infirmière et son évolution dans la hiérarchie hospitalière va par ailleurs de pair avec une mise à distance de son expression vitaliste (Collière, 1996). C'est au travers de ce constat que se pose aujourd'hui, selon nous, la question du devenir et de la refondation de la singularité infirmière en psychiatrie.

Nous formulons ici l'hypothèse que cela pourrait être en la ré-envisageant à nouveau entièrement et en l'adossant à une clinique qui serait fondée sur l'activité concentrée dans la

²³¹ Partant du constat que des infirmiers n'ayant jamais exercé en psychiatrie exprimaient des difficultés lors de leurs débuts professionnels dans cette discipline, une Circulaire ministérielle proposa en 2006 la mise en place d'une formation de « référents-tuteurs » expérimentés afin qu'ils puissent les accompagner en les faisant profiter de leur expérience (Circulaire DHOS/P2/02DGS/6C N°2006-21 du 16/01/2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie).

vie quotidienne, valorisée comme l'un des substrats essentiels à toute relation de soins, tel que l'avait déjà évoqué en son temps G. Daumézon.

CONCLUSION GENERALE

La psychiatrie pour G. Daumézon était sociale tout autant que médicale et reposait au quotidien sur des relations réciproques et spécifiques, puisque soignantes.

Pour qu'elle soit active et productrice d'effets émancipateurs au niveau de l'éducabilité et de la thérapeutique, il avait refusé que la question de l'éducation et de la formation soit envisagée avec banalité, mais bien plutôt qu'elles fassent l'objet d'une véritable investigation pédagogique, que nous avons prolongée et approfondie, si on considère que celle-ci est la démarche qui permet la réflexion sur et pour l'action éducative en elle-même.

Il pressentit dès les années 1960, et cela ne fit que se confirmer par la suite, que le fil de l'évolution psychiatrique telle qu'il la concevait était coupé, tant cette dernière était engluée dans la disparition de sa spécificité et cantonnée dans un savoir qui ne relevait plus d'elle et de la singularité de son histoire.

Allait-elle pouvoir toujours s'occuper de ce qui était improbable chez l'être humain, de ce réel qui est toujours, selon H. Maldiney, ce que l'on attendait pas, de ces failles où s'engouffrent ce qui reste du mystère de certaines de nos conduites, de nos comportements et surtout de certaines de nos souffrances, de nos cicatrices existentielles ?

Ce ne sont pas les discours, disait G. Daumézon, qui comptent le plus dans le soin psychiatrique, mais « le faire » et à partir du moment où il ne s'ancre plus dans le quotidien, on court alors le risque d'alimenter des phénomènes d'aliénation qu'il connût si bien et dont la psychiatrie en particulier fait le lit avec facilité.

Plus diffuse qu'avant, moins immédiatement repérable et plus axée sur la manipulation que sur la coercition, elle se glisse constamment dans les interstices et dispositifs d'institutions que l'on tend à normaliser, tout en sachant qu'elles relèvent de la nature intrinsèquement sociale de l'être humain et de sa nécessité constitutive de se construire dans et par un vécu partagé et collectif.

Est-ce à dire également que la politique de secteur mise en place à partir des années 1960 a reléguée cette dimension de l'aliénation psychiatrique au rang du souvenir historique ?

Nous ne le pensons pas et il ne suffit pas que ce terme ait été largement banni du langage psychiatrique pour qu'il en aille de même dans les faits.

Il y a ce que l'on pense faire, ce que l'on fait et ce que l'on nous fait faire, de plus en plus à notre corps défendant d'ailleurs, aussi faut-il explicitement, nous le pensons, réintroduire cette notion d'aliénation dans nos paradigmes réflexifs et épistémologiques relatifs à la psychiatrie afin de la réinterroger à l'aune de son actualité.

On peut enfin constater que ce que G. Daumézon redoutait, pour les motifs dont nous avons fait part, est en train de se produire et que les psychiatres et les infirmiers exerçant en psychiatrie deviennent de plus en plus la copie conforme de leurs collègues des soins dits généraux, eux-mêmes victimes de la taylorisation mécaniciste de leurs pratiques et de schémas de penser le soin simplement et principalement rationalistes.

Impérativement il faut selon nous reposer la question de ce que devient une psychiatrie perdue dans un dispositif de prise en charge sanitaire qui est en train de la rendre anonyme et de la vider de sa substance essentielle, particulièrement par le moyen de l'imposition de formations et de procès d'action, qui la concernent de moins en moins.

Sinon, on assistera de plus en plus au phénomène de la naturalisation de la maladie mentale et de sa réduction à des hypothèses de causes et de résolutions seulement biologiques.

Perspectives qu'un positivisme scientifique dominant, que M. Foucault qualifiait de mythe, nous promet en créant l'attente et l'espoir d'une découverte médicamenteuse ou génétique miraculeuse et salvatrice.

Soigner et éduquer demande du temps et la psychiatrie se doit d'être artisanale, c'est un bricolage, dans son sens le plus noble, issu de la rencontre entre des individus, fait de chair, de sang, d'émotions, de désirs, de tout ce vivant qui constitue une existence ne pouvant se plier uniquement à ce qui la déterminerait (Spadone, 1995).

Une médecine de la liberté avançait H. Ey, comme nous en avons déjà fait état, qui nous réinterroge constamment sur les différentes dimensions de notre nature humaine.

Ce travail, où le champ de l'éducation et de ses diverses déclinaisons a fortement été mobilisé, n'a jamais prétendu aborder l'ensemble multiforme de la « Question psychiatrique » mais à partir de l'étude centrale d'une œuvre s'est proposé de l'éclairer d'une profondeur disciplinaire ayant à voir avec les Sciences de l'éducation.

Nôtre intention n'était ni de démontrer, ni de prouver, mais d'élaborer un ensemble matriciel réflexif qui nous permette de comprendre, d'interroger et de raviver des questionnements qui avaient été féconds dans un passé récent, parce que G. Daumézon s'en était saisi avec l'obstination du camisard résolu et fidèle à ses convictions, qu'il resta toute sa vie.

Nous avons estimé que cette démarche pouvait être utile et pensons l'avoir montré, afin d'interpeller la situation présente de la psychiatrie, pour les motifs que nous n'avons pas manqué d'évoquer.

Nous pensons également et profondément que toutes les ressources d'une Science que l'on a qualifiée comme étant celle de l'éducation, nous semble pouvoir et devoir être mobilisées, encore aujourd'hui, compte tenu de la pertinence dont elle a témoigné dans un passé que nous venons de relater, pour faire face aux problématiques et enjeux qui se posent à nouveau dans le champ psychiatrique.

Nous espérons en avoir attesté comme du fait qu'elle puisse être pleinement mise en œuvre, en complément de l'apport d'autres disciplines scientifiques, fussent-elles celles du génie génétique ou de la biologie cellulaire.

Car ce qui reste de fondamental, quel que soit le nom qu'on donne à la maladie mentale, c'est qu'il s'agit avant tout d'un aspect constitutif essentiel de notre destinée humaine, individuelle et collective, et l'une des expressions majeures de la souffrance parfois à être et à exister.

Que cela nous rappelle la prudence, qui doit être la nôtre, par rapport à ce que nous sommes et à ce que nous serions susceptibles de devenir au prétexte d'une modélisation, à laquelle on nous éduque et qui est présentée comme sans alternative, toujours de plus en plus importante de nos conduites, de nos comportements et parfois de notre pensée, y compris dans le domaine des soins.

En définitive, c'est le trop plein de certitudes qui en la matière nous semble aujourd'hui préoccupant et non l'inverse.

Alors ne fabriquons pas de nous-même les prisons dans lesquelles nous nous enfermerons et qui aujourd'hui, vont bien au-delà des murs de ce qui hier aliénait ceux qu'on était censé y soigner.

Se diffusant de façon virale dans l'ensemble des éléments constituant notre espace social, l'éducation intrinsèque à la condition humaine, peut donner le pire comme le meilleur et à ce titre, elle ne vaut pas en elle-même et doit constamment faire l'objet d'un questionnement sur ses valeurs, ses finalités et ses modalités de réalisation.

Pour cela préservons, comme le fit si bien G. Daumézon, un de nos biens le plus précieux : notre sens critique, et assumons pleinement de conserver vivant, dans un domaine qui est plus que tout celui de nos incertitudes et de nos spéculations, un devoir constant de remise en question, ainsi qu'il nous en montra l'exemple, s'il nous permet de douter pour progresser sur le chemin de l'humanité.

BIBLIOGRAPHIE

Compte tenu de la nature du travail, ce document a été divisé en deux grandes parties. La première concerne l'ensemble des ouvrages cités et la seconde aborde spécifiquement ceux dont G. Daumézon est à l'initiative.

OUVRAGES ET ARTICLES DE PERIODIQUES

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of Expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Alexandre, J.-Y. (2013, Mars). *Lommelet, l'Histoire continue*. St André : EPSM Agglomération Lilloise.

Althusser. (1976). Les Appareils Idéologiques d'Etat. In *Positions* (67-125). Paris : Editions sociales.

Amar, A. (2007). Hommage à Georges Daumézon qui aurait eu 95 ans en 2007. *La lettre de la psychiatrie française*(170), 12-13.

Amourous, C. (1985). *L'homme de l'asile. Le pavillon fermé : lieu de rejet, lieu de vie*. Paris: Le Centurion.

Ampère, A. (2001). *De Darwin à Piaget, pour une histoire de la psychologie de l'enfant*. Paris: CNRS.

Appert, E. (1913). *Hygiène de l'enfance*. Paris: J.-B. Baillière et fils.

Archer, E. (2001, Février). La loi pénale n'est pas thérapeutique en soi. *Journal du droit des jeunes*(202), 39-41.

Ariès, P. (1971). *Histoire des populations françaises*. Paris: Seuil.

Ariès, P. (1975). *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Seuil.

Arveiller, J.-P., & Bonnet, C. (1989). Travail et argent dans un service de centre hospitalier spécialisé : à propos d'une enquête réalisée auprès des patients. *Perspectives psychiatriques*(19), 278-284.

Arveiller, J.-P., & Bonnet, C. (1991). *Au travail : les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*. Toulouse: Erès.

Atlan, M. (1980, Avril-Mai). Une nouvelle culture relationnelle avec le malade. *VST*(128), 19-20.

Authier, J.-Y., & Hess, R. (1994). *L'analyse institutionnelle*. Paris: PUF.

- Avanzini, G. (1987). *Introduction aux Sciences de l'éducation*. Toulouse: Privat.
- Ayme, J. (1959). La participation des infirmiers à la psychothérapie. *L'information psychiatrique*(8), 475-485.
- Ayme, J. (1980, Avril-Mai). Le groupe de Sévres. *VST*(128), 4-6.
- Ayme, J. (2009). Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. *Institutions*(44), 111-153.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel du XVI^e au XX^e*. Paris: Flammarion.
- Bailly-Salin, P. (1958). Psychothérapie et personnel infirmier. *L'information psychiatrique*(5), 384-398.
- Bailly-Salin, P. (2004, Mars). Le soin et l'activité. *VST*(83), 41-49.
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- Barbier, J.-M. (dir). (2004). *Savoirs théoriques et savoirs d'actions*. Paris: PUF.
- Barras, V., & Fissinger, C. (2009, Juin-Juillet-Août). Histoire des psychothérapies. *Grands Dossiers des Sciences Humaines*(15), 6-7.
- Barreau, H. (1990). *l'Epistémologie*. Paris: PUF.
- Barton, R. (1959). *La névrose institutionnelle*. Paris: Editions du Scarabée.
- Basaglia, F. (1966). La "communauté thérapeutique" base d'un service psychiatrique, réalités et perspectives. *L'information psychiatrique*(5), 413-428.
- Bauchet, A. (1979). Historique du Centre hospitalier de Fleury-les-Aubrais. Archives du Centre Hospitalier de Fleury-les-Aubrais: Non publié.
- Beauté, J. (2004). *Courants de la pédagogie contemporaine*. Lyon: Chroniques sociales.
- Bell, A. (1798). *Expérience sur l'éducation faite à l'école de garçons*. Madras.
- Beillerot, J. (1994). *L'institution, textes français contemporains de base*. Paris: Université Paris X Nanterre. Centre de recherche en éducation et formation
- Bénévent, R., & Oury, J. (2009). Le laboratoire d'Herbaux (1952-1954). In Martin, L., Meyrieu, P., & Pain, J. (dir.), *La pédagogie institutionnelle de F. Oury* (137-150). Vigneux: Matrice.
- Benoit, G. (1980, Mai-Juin). Les années de l'admission. *L'information psychiatrique*, 56(5), 605-609
- Benoit, J.-C. (1984). *Les théories systémistes et la thérapeutique institutionnelle en psychiatrie adulte : Rapport thérapeutique*. Paris: Masson.
- Bérard, F. (1823). *De l'aliénation mentale*. Paris: Gabon et compagnie.
- Bercherie, P. (1991). *Histoire et structure du savoir psychiatrique - les fondements de la clinique*. Paris: Editions universitaires.

- Berger, P., & Luckman, T. (1966). *La construction sociale de la réalité*. (éd de 1986) Paris: Armand Colin.
- Bernard, P. (1948). Les psychothérapies de groupe. *L'Evolution psychiatrique*(3), 1-21.
- Bernard, P. (1962). Perspectives nouvelles sur les soins infirmiers en Europe. *L'infirmier psychiatrique*(8), 651-674.
- Bernard, P. (1980, Juin). Georges Daumézon. *L'information psychiatrique*, 56(5), 551-554.
- Bernard, P., Brisset, C., & Ey, H. (1960). *Manuel de psychiatrie* (éd. 6 de 1989) Paris: Masson.
- Berstein, B. (1975). *Langages et classes sociales*. Paris: Editions de Minuit.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie. Perspectives ethno-sociologiques*. Paris: Nathan.
- Berthet, E. (1983). *Information et éducation sanitaires*. Paris: PUF.
- Binet, A., & Henri, V. (1898). *La fatigue intellectuelle*. (éd de 2005) Paris: L'Harmattan.
- Binet, A., & Simon, T. (1904). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année psychologique*(1), 191-224.
- Bion, W. (1961). *Recherche sur les petits groupes*. (éd de 1965) Paris: PUF.
- Bion, W., & Rickman, J. (1943). Intra-group tension in therapy. *The lancet*(6274), 678-681.
- Bion, W., & Rickman, J. (1947). Thérapeutique de groupe. *L'information psychiatrique*(5), 127-135.
- Biswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Editions de Minuit.
- Bléandonou, G. (1970). *Les communautés thérapeutiques*. Paris: Editions du Scarabée.
- Bloch, M. (1924). *Les rois Thaumaturges*. (éd de 1998) Paris: Gallimard.
- Blondel, M. (1893). *L'action : Essai d'une critique de la vie et d'une science de la pratique*. Paris: Felix Alcan.
- Boitier, B. (2013, Juin). L'EHPAD lieu d'enfermement contrôlé par l'Etat. *La lettre*(6), 17-23.
- Bonitto, C. (2007, Janvier). Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive. *Philosorbonne*(1), 31-48.
- Bonnafé, L., & Chaurand, A. (1945). La Direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'Assistance psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*(1), 167-174.
- Bonnafé, L. (1980, Avril-Mai). Un dialogue ininterrompu. *VST*(128), 20-22.
- Bonnafé, L. (1980, Mai-Juin). Fragment d'un « journal extime ». *L'information psychiatrique*, 56(5), 591-597.
- Bouchet, C. (1848). Du travail appliqué aux aliénés. *Annales médico-psychologiques*(2), 301-322.

- Boudon, R. (1969). *A quoi sert la notion de structure ?* Paris: Gallimard.
- Boudon, R. (1977). *Effets pervers et ordre social*. Paris: PUF.
- Boudon, R., & Bourricaud, F. (1982). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris: PUF.
- Boudon, R. (1988). *Les méthodes en sociologie*. Paris: PUF.
- Boudon, R. (1997). *La logique du social*. Paris: Hachette.
- Boudon, R. (2007). *Essai sur la théorie générale de la rationalité*. Paris: PUF.
- Boudon, R. (2011). *La rationalité*. Paris: PUF.
- Boulanger, N., & Chaix, J-F. (1977). *Travail, famille, psychiatrie*. Paris: Payot.
- Bouglé, C. (1907). *Qu'est-ce que la sociologie ?* Paris: Alcan.
- Boureau, A. (1989). Propositions pour une histoire récente des mentalités. *Annales, Economie, Société, Civilisations*, 44(6), 1491-1504.
- Bourneville, D. (1890). *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*. Paris: Alcan.
- Bourneville, D. (1897). Création de classes spéciales pour les enfants arriérés. Lettre aux membres de la 3^e Commission du Conseil Général de la Seine. Paris: Alcan.
- Brisset, C. (1963). Le culturalisme en psychiatrie. *Evolution psychiatrique*(3), 396-405.
- Broussais, F. (1839). *De l'irritation et de la folie*. Lyon: CH Savy.
- Bruner, J. (1966). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*. Paris: PUF.
- Buisson, F. (1882-1887). *Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire*. (éd de 1929) Paris: Alcan.
- Buissonnet-Verger, G. (1997, Juin). L'éducation et la santé, essai de clarification conceptuelle (1-22). Bruxelles: SPID Verger Inc.
- Burguière, A. (2006). *L'école des Annales. Une histoire intellectuelle*. Paris: Odile Jacob.
- Burrgraeve, A. (1867). *Etudes médico-philosophiques sur Joseph Guislain : aliénations mentales, questions sociales*. Paris: Victor Masson fils.
- Busino, G. (2003). La place de la métaphore en sociologie. *Revue européenne des sciences sociales*, XLI(126), 91-101.
- Cabanis, P-J. (1873). *Oeuvres complètes, tome 1*. Paris: Bossang Frères.
- Caire, M. (2005). Folie et ordre public à Paris au XXXIII^e siècle. *Nervure, journal de psychiatrie*(8), 1-8.
- Canguillhem, G. (1996). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Capgras, J., & Reboul-Lachaux, J. (1923). L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bulletin de la société clinique de médecine mentale*(2), 6-16.

- Caro, E. (1997). *Le malade mental à l'épreuve de son retour dans la société*. Paris: L'Harmattan.
- Caron, J. (2013). Témoignage. In Collectif, *Du Centre psychothérapique de Fleury-les-Aubrais au Centre Hospitalier G. Daumézon*. Fleury-les-Aubrais: Edition interne, 106-107.
- Carretero-Pasin, A.-E. (2002, Avril). La quotidienneté comme objet : Henri Lefebvre et Michel Maffesoli. deux lectures opposées. *Sociétés*(78), 5-16.
- Castel, P.-H. (2010, Septembre, Octobre, Novembre). La folie : une construction sociale. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*(20), 14-15.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Editions de Minuit.
- Castel, R. (1999). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Gallimard.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris: Seuil.
- Certeau (de), M. (1990). *L'invention du quotidien*. Paris: Gallimard.
- Chaigneau, H. (1980, Mai). Un stagiaire peu commun. *VST*(128), 15-16.
- Charcot, J.-M. (1882). Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. *Hebdomadaire de l'Académie des sciences*(94), 403-405.
- Charlot, B. (1998). Les sciences de l'éducation en France : une discipline apaisée, une culture commune, un front de recherche incertain. In Hofstetter, R (coord)., & B. Schweuwly, *Le pari des sciences de l'éducation* (147-168). Bruxelles: De Book Université.
- Chartier, E.(dit Alain) (1932 et 1924-1952). *Pédagogie enfantine et propos sur l'éducation*. (éd de 1986) Paris: PUF
- Chatagnon, C., & Chatagnon, P. (1947). La thérapeutique occupationnelle. *Annales médico-psychologiques*(4), 361-369.
- Chazaud, J. (1978). *Introduction à la thérapeutique institutionnelle*. Toulouse: Privat.
- Chemouni, J. (1990). *Histoire du mouvement psychanalytique*. Paris: PUF.
- Cherkaoui, M. (1986). *Sociologie de l'éducation*. Paris: PUF.
- Claparède, E. (1905). *Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale*. Genève: Kündig.
- Claparède, E. (1931). *L'éducation fonctionnelle*. Neuchâtel: Delachaux et Nieslé.
- Colin, H. (1912). Le quartier de sûreté de Villejuif : aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles. *Annales médico-psychologiques*(2), 370-391 et 540-548.
- Collectif. (2013). *Du centre psychothérapique de Fleury-les-Aubrais au Centre Hospitalier Georges Daumézon*. Fleury-les-Aubrais: Edition interne du C. H. G.Daumézon.
- Collée, M., & Quétel, C. (1985). *Histoire des maladies mentales*. Paris: PUF
- Collière, M.-F. (1996). *Soigner le premier art de la vie*, (éd de 2001) Paris : Masson.
- Collière, M.-F. (2001). *Promouvoir la vie*. Paris: Masson.

- Comte, A. (1842). *Cours de philosophie politique (préface)*. Paris: Bachelier (BNF-Gallica).
- Condillac, E.-B. (1798). *Oeuvres complètes*. Paris: Théry.
- Condorcet, N. (1791). *Cinq mémoires sur l'instruction publique. Présentation, Notes, bibliographie et chronologie*, (éd de 1994) Paris: Garnier Flammarion.
- Coninck, F., & Godart, F. (1990). L'Approche biographique à l'épreuve de l'interprétation des formes temporelles de la causalité. *Revue française de sociologie*, 31(1), 23-53.
- Conolly, J. (1856). *On the treatment of the insane without mechanical restraint*. Londres: Smith, Elder & Co.
- Cooper, D. (1970). *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Paris: Seuil.
- Coquard, O. (1993). Marat : biographie d'un homme des lumières devenu l'ami du peuple. *Annales historiques de la révolution française*, 92(1), 295-315.
- Coupechoux, P. (2006). Même la folie a cessé d'être innovante. *Le Monde*, 18-19.
- Coupechoux, P. (2008, Juin). Enquête sur la folie. *Savoirs et clinique*, 9(1), 114-120.
- Cousinet, R. (1965). *L'éducation nouvelle*. Paris: Delachaux et Nieslé.
- Danvers, F. (2009). *S'orienter dans la vie : une valeur suprême ? Essai d'anthropologie de la formation*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.
- Davies, J. (2014). *Cracked. Why psychiatry is doing more harm than good*. London: Icon Books.
- Daquin, J. (1791). *La philosophie de la folie*. Chambéry: Gorrin Père et fils.
- De Fleury, M. (1928). *Les fous, les pauvres fous et la sagesse qu'ils nous enseignent*. Paris: Hachette.
- De Fréminville, B. (1977). *La raison du plus fort*. Paris: Seuil.
- De Hollendia, M.-D. (2013). Témoignage. In Collectif, *Du Centre psychothérapique de Fleury-les-Aubrais au Centre Hospitalier G. Daumézou* (19-21). Fleury-les-Aubrais: Edition interne.
- De Munck, J.-M. (2004, Mars). Folie et citoyenneté. *Sciences Humaines*(147), 38-41.
- De Sanctis, S. (1905). Types et degrés d'insuffisances mentales. *L'année psychologique*, 12(1), 70-83.
- Deconstanza, P. (2006). *(Se) former à la santé communautaire*. Lyon: Chroniques sociales.
- Delaunay, P. (1935). *La vie médicale aux XVI^e, XVII^e et XVIII^e siècles*. Paris: Hyppocrate.
- Deleuze, G. (1972). *Pourparlers*, (éd de 1990) Paris: Editions de Minuit.
- Delion, P. (2015). Préface. In T. Najman, *Lieu d'asile, manifeste pour une autre psychiatrie*, (11-20). Paris: Odile Jacob.
- Delion, P., (dir) & al. (2006). *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*. Toulouse: Erès.

- Demichel, F. (2006). *Au nom de quoi ?* Bordeaux: Les Etudes hospitalières.
- Derivery, C., & Bernard, P. (2002). *Enfermez les tous*. Paris: Robert Laffont.
- Descartes, R. (1649). *Traité des passions de l'âme*. Paris: H. le Gras.
- Desmet, H., & Pourtois, J.-P. (1997). *L'éducation post-moderne*. Paris: PUF.
- Devereux, G. (1970). *Essai d'ethnothérapie générale*. Paris: Gallimard.
- Dewey, J. (1913). *L'école et l'enfant*, (éd de 2003) Paris: Faber.
- Dewey, J. (1925). *Comment nous pensons*. (Decroly, Trad.) Paris: Flammarion.
- Dewey, J. (1916). *Democracy of education an introduction to the philosophy of education*. (G. Deledalle, Trad. éd de 1990) Paris: Armand Colin.
- Dide, M., & Guiraud, P. (1922). *Psychiatrie du médecin praticien*. Paris : Th Martin imp.
- Dilthey, W. (1910). *L'édification du monde historique dans les sciences de l'esprit*. (éd de 1988) Paris: Cerf.
- Doise, W., & Mugny, G. (1981). *Le développement social de l'intelligence*. Paris: InterEditions.
- Dortier, J.-F. (2004). *Le dictionnaire des Sciences Humaines*. Auxerre: Edition Sciences Humaines.
- Dosse, F. (1995). *L'empire des sens. L'humanisation des sciences humaines*. Paris: La Découverte.
- Dosse, F. (2000). *L'Histoire*. Paris: Armand Colin.
- Dosse, F. (2003). *La marche des idées. Histoire des intellectuels. Histoire intellectuelle*. Paris: La Découverte.
- Douglas, M. (2004). *Comment pensent les institutions*. Paris: La Découverte.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris: Seuil.
- Dubois, F. (1837). *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*. Paris: J.-B. Baillière.
- Duby, G. (1992). *L'histoire continue*. Paris: Seuil.
- Dumont, L. (1983). *Essai sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris: Seuil.
- Dupouy, E. (1907). *Psychologie morbide*. Paris: Leymarie.
- Dupréel, E. (1948). *Sociologie générale*. Paris: PUF.
- Dupréel, E. (1912). *Le rapport social : essai sur la méthode et l'objet de la sociologie*. Paris: Plon, Alcan.

- Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Paris: Alcan.
- Durkheim, E. (1902-1903). *L'éducation morale*. (éd de 1963) Paris: PUF.
- Durkheim, E. (1919). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Alcan.
- Durkheim, E. (1938). *L'évolution pédagogique en France*. Paris: PUF.
- Eck, M. (1961). *L'âme et le corps, recherches et débats*. Paris: Fayard.
- Elias, N. (1939). *La civilisation des mœurs*. (éd de 2003) Paris: Pocket.
- Enriquez, E. (1972). Imaginaire social, refoulement et répression dans les organisations. *Connexions*(3), 6593, Paris: Epi, 65-93.
- Escande, J.-P. (1975). *Les médecins*. Paris: Grasset et Fasquelle.
- Esquirol, J. (1838). *De la folie, des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-social*. Paris: J.-B. Baillière.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, P (1960). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Fabiani, J.-L. (2015, Août-Septembre). La sociologie par les textes. (M. Navarre, Intervieweur) *Sciences Humaines* (273), 28-31.
- Falret, J.-P. (1864). *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris: J.-B. Baillière et fils.
- Febvre, L. (1947). *Le problème de l'incroyance au XVI^e siècle. La religion de Rabelais*, (éd de 1968) Paris: Albin Michel.
- Fechner, E. (2001). *Paroles de mineurs*. Paris: Calman Levy.
- Ferréol, G. (1991). *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Armand Colin.
- Ferrus, G. (1834). *Des aliénés 1^o considérations sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France et sur le mode de construction de ces maisons ; 2^o sur le régime hygiénique et moral auquel ces malades doivent être soumis ; 3^o sur quelques questions de médecine légale ou de législation relatives à leur état civil*. Paris : Md Huzard. (BNF Gallica).
- Filonov, F. (1994). Anton Makarenko. *Perspectives, revue trimestrielle d'éducation comparée*, 29(1-2), 83-96.
- Fitche, J.-G. (1807-1808) *Discours à la nation allemande*. (Renaut, Trad. éd de 1992) Paris: Imprimerie Nationale.
- Fonviel, R. (1989). *L'aventure du mouvement Freinet*. Paris: Méridiens-Klindksieck.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1985, Janvier-Mars). La vie, l'expérience et la science. *Revue de métaphysique morale*, 3(1), 3-14.
- Fourez, G. (2003). *Apprivoiser l'épistémologie*. Bruxelles: De Boeck.
- Fournet, J. (1854). Le traitement moral de l'aliénation soit mentale, soit morale, à son principe et modèle dans la famille. *Annales médico-psychologiques*(6), 521-530.

- Fourquet, L., & Murard, F. (1975). *Histoire de la psychiatrie de secteur : ou le secteur impossible*(17). Paris: Recherches.
- Frances, A. (2013). *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*. Paris: Odile Jacob.
- Freinet, C. (1942-1943). *Les œuvres pédagogiques ; L'éducation du travail. Essai de psychologie sensible appliquée à l'éducation*. Paris: Seuil.
- Freinet, C. (1994). *Les œuvres pédagogiques* (2 tomes), assemblés par Freinet, M. Paris: Seuil.
- Frelat-Khan, B., & Khan, P. (1990). Condorcet et l'élite de l'école républicaine. In Khan, P., Ouzoulias, A., & Thierry, P. *L'éducation, approches philosophiques* (297-335). Paris: PUF.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Freud, S. (1928). *Psychanalyse et médecine*. Paris: Gallimard.
- Fromm, E. (1955). *The sane society*. New-York: Holt, Rinehart et Winston inc.
- Gadamer, H. G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset.
- Gardou, C., & Plaisance, E. (2001, Janvier, février, mars). Situations de handicap et institutions scolaires. *Revue française de pédagogie*(134), 5-15.
- Gauchet, M., & Swain, G. (1980). *La pratique de l'esprit humain*. Paris: Gallimard.
- Gauchet, M., & Swain, G. (1986). Du traitement moral remarques sur l'idée contemporaine de psychothérapie. *Confrontations psychiatriques*(26), 19-37.
- Gateau, J. (1984). Le traitement médico-pédagogique à Bicêtre au XIX^e siècle. *Les cahiers de l'enfance inadaptée*(273), 11-19.
- Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est je ? Sociologie clinique du sujet*. Paris: Seuil.
- Gauthier, S. (2003). Actualité de Philippe Paumelle. *L'information psychiatrique*(79), 151-159.
- Gentis, R. (1970). *Les murs de l'asile*. Paris: Maspéro.
- Georget, E.-J. (1820). *De la folie, considérations sur cette maladie*. Paris: Crevot Librairie.
- Georget, E.-J. (1836). Folie. In Collectif, *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théoriques et pratiques* (251-360). Paris: Bechet.
- Gérard, J.-L. (1993). *Infirmier en psychiatrie, nouvelle génération*. Paris: Lamarre.
- Godelier, M. (1984). *L'idéal et le matériel*. Paris: Fayard.
- Goffman, E. (1968). *Asiles, étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Editions de minuit.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Editions de Minuit.

- Goldstein, J. (1987). *Console and classify the french psychiatric profession in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gori, R. (2011). *La dignité de penser*. Paris: Babel.
- Got, M., & Quidi, M. (1982). *Les marginaux de la santé, la réadaptation sociale en psychiatrie*. Paris: ESF.
- Grawitz, M. (1986). *Méthode des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Gros, G. (2010). Philippe Ariès : naissance et postérité d'un modèle interprétatif de l'enfance. *Histoire de l'éducation*(125), 49-72.
- Guibert, J., & Jumel, G. (2002). *La socio-histoire*. Paris: Armand Colin.
- Guiraud, P., & Dide, M. (1922). *Manuel du médecin praticien*. Paris : Masson
- Guislain, J. (1852). *Leçons orales sur les phrénopathies*. Gand: L'Hebbelinck.
- Guizot, F. (1816). *Essai sur l'histoire et sur l'état actuel de l'instruction publique en France*. Paris: Madran.
- Gusdorf, G. (1948). *La découverte de soi*. Paris: PUF.
- Gusdorf, G. (1980). Georges Daumézon, l'homme. In Collectif, *Mélange en l'honneur de Georges Daumézon* (43-48). Toulouse: Privat.
- Guyau, J. (1898). *Education et hérédité*. Paris: Alcan.
- Hajbi, M., & Vérien, D. (2004-2005). La psychothérapie institutionnelle : aspects évolutifs de l'asile à la politique de secteur. *L'information psychiatrique*, 80(5), 387-393.
- Halbwachs, M. (1925). *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris: Alcan.
- Hameline, D. (1993, Mars-Juin). Edouard Claparède. *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*, 23(1-2), 161-173.
- Hannoun, H. (1996). *Les paris de l'éducation*. Paris: Puf.
- Hartmann, M. (1981). L'organisation des loisirs thérapeutiques dans un service de psychothérapie institutionnelle. *Soins psychiatriques*(9), 39-41.
- Hédoux, J. (1996). *Se former à la pédagogie*. Paris: Lamarre.
- Hegel, G. (1807). *Phénoménologie de l'esprit*. Banberg et Wüzburg.
- Hegel, G. (1811). Discours du gymnase. In *Textes pédagogiques, la pédagogie de Hegel*. (B. Bourgeois, Trad. éd de 1990) Paris: Vrin.
- Hegel, G. (de 1818 à 1829). *Introduction à l'esthétique*. (G. Lasson, Trad. éd de 1964) Paris: Laubier Montaigne.
- Henckes, N. (2009, Mars). Un tournant dans la régulation des institutions psychiatriques : La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant guerre aux années 1950. *Geneses*(76), 76-98.
- Herbart, J.-F. (1894). *Principales œuvres pédagogiques*. (A. Pinloche, Trad.) Lille: Tallandier

- Herskovits, M.-J. (1952). *Les bases de l'anthropologie culturelle*. Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Herzlich, C. (1970). *Médecine, maladie et société*. Paris: Ecole pratique des hautes études et Mouton.
- Herzlich, C. (1973). Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. *Revue française de sociologie*, 14(1), 41-59.
- Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris: Seuil.
- Hofstetter, R., & et B. Schneuwly, B (coord). (1998). Sciences de l'éducation entre champs disciplinaires et champs professionnels. L'avènement d'un nouveau champ disciplinaire. In *Le pari des Sciences de l'éducation* (7-25 et 117-145). Bruxelles : De Boeck Université.
- Honoré, B. (1977). *Pour une théorie de la formation, dynamique de la formativité*. Paris: Dunod.
- Honoré, B. (1990). *Sens de l'être sens de la formation*. Paris: L'Harmattan.
- Honoré, B. (1999). *Etre et santé*. Paris: L'Harmattan.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin*. Paris: L'Harmattan.
- Hubert, R. (1945). *Traité de pédagogie générale*. Paris: PUF.
- Huffschmitt, L. (1993). Folie et civilisation au XIX^e siècle. *L'Information psychiatrique*(10), 941-948.
- Imbert, J. (1982). *Histoire des hôpitaux en France*. Toulouse: Privat.
- Imbert, F. (2010). *Vocabulaire pour la pédagogie institutionnelle*. Vigneux: Matrice.
- Israel, L. (1985). *Initiation à la psychiatrie*. Paris: Masson.
- Itard, J.-M. (1801-1806). *Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron*. Paris: BNF-Gallica
- Jaeger, M. (1989). *La psychiatrie en France*. Paris: Syros/Alternatives.
- Joas, H. (2008). *La créativité de l'agir*. Paris: Editions du Cerf.
- Joos, J.-E. (1995). *Kant et la question de l'autorité*. Paris: L'harmattan.
- Joutard, P. (1976). *Les camisards*. Paris: Gallimard.
- Joutard, P. (1983). *Ces voix qui nous viennent du passé*. Paris: Hachette.
- Jung, C. (1977). *Psychologie et éducation, (recueil de textes)*. Paris: Buchet Chastel.
- James, W. (1934). *Causeries pédagogiques*. Paris: Payot.
- Kardiner, A. (1969). *L'individu dans la société*. (T. Prigent, Trad.) Paris: Gallimard.
- Kant, E. (1781). *Critique de la raison pure*, (éd de 1997) Paris: Aubier .
- Kant, E. (1776-1787). *Réflexions sur l'éducation. Traité de pédagogie*. (M. Champ-Cabasnet, Trad. éd de 1980) Paris: VRIN.

- Kerschensteiner, G. (1926). *Théorie der bildung* (Vol. II). Leipzig: Teubner.
- Koechlin, P. (1980, Avril-Mai). Daumézon, où la quotidienneté dépasse le fantasme. *VST*(128), 18-19.
- Koechlin, P. (1980, Mai, Juin). Le passage à Maison Blanche. *L'information psychiatrique*, 56(5), 599-602.
- Kogon, E. (1947). *L'enfer organisé, le système des camps de concentration*. Paris: La jeune Parque.
- Korzybski, A. (2007). *Une carte n'est pas le territoire, prolégomènes aux systèmes non aristotéliens et à la sémantique générale*. Paris: Editions de l'Eclat.
- Krzyzaniak, P. (1985, Avril). Une folie sociale ? *Soins psychiatriques*(54), 41-43.
- Krzyzaniak, P. (1989). La formation professionnelle des infirmiers de secteur psychiatrique, un espoir au passé ? *Soins psychiatriques*(98-99), 32-38.
- Krzyzaniak, P., & Miribel, J. (de). (2016, Avril). Les savoirs infirmiers en psychiatrie. *Education permanente*(209), 163-173.
- Laneyrie, P. (1985). *Les scouts de France, l'évolution du mouvement des origines aux années 1980*. Paris: Editions du cerf.
- Ladame, C. , & Demay, G. (1926). *La thérapeutique des maladies mentales par le travail*. Paris: Masson.
- Lader, M.-H., & Wing, L. (1966). *Physiological measures, Sedative drugs and morbidity anxiety*. London: Oxford University Press.
- Laffont, R. (1950). *Traité de psychopédagogie médico-sociale*. Paris: PUF.
- Lallande, A. (1948). *La raison et les normes*. Paris: Hachette.
- Lambrichs, L. (1993). *La vérité médicale*. Paris: Laffont.
- Lancaster, J. (1803). *Improvement in Education*. London.
- Lanteri-Laura, G. (1982). La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie. *L'évolution psychiatrique*, 47(2), 425-469.
- Lanteri-Laura, G. (1995). La matière illusoire de la médecine mentale au XIX^e siècle. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 185(1), 33-42.
- Lanteri-Laura, G. (1999). Approche historique et critique des problèmes épistémologiques en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 157(2), 74-83.
- Lanteri-Laura, G. (1999). Phénoménologie et psychiatrie : une rétrospection. *Annales médico-psychologiques*, 157(9), 595-599.
- Lanteri-Laura, G. (2004, Mars). Histoire de l'institution psychiatrique. *Sciences Humaines*(147), 22-25.
- Latour, B. (2004). Le savoir focal. In Barbier J-M. (dir), *Savoirs théoriques et savoirs d'actions* (130-146) Paris: PUF.

- Laot, F. (2011). La prise en compte du collectif dans la formation individuelle. Considérations politiques et pédagogiques dans les années 1960. *Savoirs*(25), 49-67.
- Laurent, A. (1994). *L'individualisme méthodologique*. Paris: PUF.
- Lecerf, J.-F., & Sebille, G. (1975). Dimensions sociales de la psychopathologie et de la psychiatrie. *Revue française de sociologie*, 16(3), 380-417.
- Le Guillant, G. (1980). Fleury-les-Aubrais, les CEMEA s'engagent dans le champ de la santé mentale. *VST*(128), 9-10.
- Le Guillant, L. (1958). Intervention sur le thème de la participation des infirmiers à la psychothérapie. *L'information psychiatrique*(5), 416-432.
- Lecoutay, C. (2002, Octobre). Trait d'union : L'atelier journal. *Revue institutions*(31), 41-55.
- Lefebvre, H. (1958-1961-1981). *Critique de la vie quotidienne* (3 Vol). Paris: L'Arche.
- Lefebvre, H. (1961). *Critique de la vie quotidienne II : Fondements d'une sociologie de la quotidienneté*. Paris: L'Arche.
- Léger, F. (1989). *La pensée de Georges Simmel : contribution à l'histoire des idées du 20^e siècle*. Paris: Kimmé.
- Legouvé, E. (1886). *60 ans de souvenirs*. Paris: Hetzel.
- Leif, J., & Rustin, G. (1970). *Philosophie de l'éducation, pédagogie générale*. Paris: Delagrave.
- Leif, J. (1974). *Philosophie de l'éducation*. Paris: Delagrave.
- Lemoine, A. (1863). *L'aliéné devant la philosophie, la morale et la société*. Paris: Didier et Compagnie, Libraires éditeurs.
- Leon, A. (1980). *Introduction à l'histoire des faits éducatifs*. Paris: PUF.
- Leuret, F. (1840). *Du traitement moral de la folie*. Paris: J.-B. Baillière.
- Levi-Strauss, C. (1950). Marcel Mauss, introduction à son œuvre. In Mauss, M. *Sociologie et Anthropologie* (IX : LII). Paris: PUF.
- Levy Strauss, C. (1983). *Le regard éloigné*. Paris: Plon.
- Levy, P.-E. (1925). *L'éducation rationnelle de la volonté*. Paris: Hachette.
- Lewin, K. (1959). *La psychologie dynamique. Les relations humaines*. (Faucheux, Trad.) Paris: PUF.
- Ligibel, J.-M. (1982). Un infirmier à l'atelier journal. *Psychiatrie et changement*(2), 88-135.
- Linton, R. (1945). *Le fondement culturel de la personnalité*. (A. Lyotard, Trad. éd de 1967) Paris: Dunod.
- Lipset, S.-M. (2004). *The democratic century*. Oklahoma : University of Oklahoma Press.
- Lobrot, M. (1971). *Les effets de l'éducation*. Paris: Les Editions Sociales Françaises.

- Lobrot, M. (1973). *Priorité à l'éducation*. Paris: Payot.
- Louyer Villermey, J.-B. (1816). *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs*. Paris: Méquillon l'ainé père.
- Louzoun, G., & Stylianidis, S. (1987). *La nouvelle psychiatrie italienne*. Paris: La Documentation Française.
- Macombe, C. (2005). Une méthode pour détecter les Ethiques du métier. *Management et avenir*(6), 63-84.
- Maffesoli, M. (1985). *La connaissance ordinaire. Précis de sociologie compréhensive*. Paris: Librairie des Méridiens.
- Maffesoli, M. (1998). *La conquête du présent. Pour une sociologie de la vie quotidienne*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Maggi, B. (2003). *De l'agir organisationnel*. Toulouse: Octares.
- Maillard, F. (2015). *La fabrique des diplômés*. Lormont: Le bord de l'eau
- Maldiney, H. (1961, Janvier-Juin). Comprendre. *Revue Métaphysique et de morale*, 66(1-2), 35-89.
- Maldiney, H. (1991). *Penser l'homme et la folie*. Paris: Million.
- Maldiney, H. (2001). L'homme dans la psychiatrie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(36), 31-46.
- Malinowski, B. (1944). *Une théorie scientifique de la culture et autres essais*. (P. Clinquant, Trad. éd de 1968) Paris: Maspéro.
- Marmion, J-F. (2013, Novembre). L'Amérique du docteur Knock. *Sciences Humaines*(253), 58-59.
- Martin, J.-P. (2000). *Psychiatrie dans la ville. Une équipe de soins dans la crise sociale*. Ramonville Ste Agne: Erès.
- Maisonneuve, J. (1973). *Introduction à la psychosociologie*. Paris: PUF.
- Maisonneuve, J. (1995). *Les conduites rituelles*. Paris: PUF.
- Makarenko, A.-S. (1947). *Poème pédagogique : le chemin de la vie (écrits de 1925 à 1935)* Moscou: Editions l'Ecrivain soviétique.
- Marcuse, H. (1958). *Eros et civilisation, contribution à Freud*. (B. Fraenkel, & J-G. Neny Trads.) Paris: Editions de Minuit.
- Mason Cox, J. (1804). *Practical observation on insanity*. Londres: Baldwin London.
- Maury, L. (1988). *Freinet et la pédagogie*. Paris: PUF.
- Mauss, M. (1923-1924). *Essai sur le don et raison sur l'échange dans les sociétés archaïques. Sociologie et anthropologie* (recueil de textes, éd de 1950) Paris: PUF.

- Mazel, A., & Marion, E. (1983). *Mémoire sur la guerre des camisards*. Montpellier: Presses du Languedoc.
- Meirieu, P. (1995). *La pédagogie entre le dire et le faire, le courage du commencement*. Lyon : ESF.
- Mialaret, G. (1964). *Introduction à la pédagogie*. Paris: PUF.
- Michaud, G. (1977). *Laborde un pari nécessaire : De la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle*. Paris: Gauthier Villard.
- Monod, J. (1970). *Le hasard et la nécessité*. Paris: Seuil.
- Milhaud-Cape, D. (2007). *Freud et le mouvement de pédagogie psychanalytique (1908-1937)*. Paris: Vrin.
- Monnerot, J. (1946). *Les faits sociaux ne sont pas des choses*. Paris: Gallimard.
- Moreau de Tours, J.-J (1843). Recherches sur les aliénés en Orient, *Annales-médico-psychologiques*(1), 103-132
- Morel, P. & Quétel, C. (1985). *Les médecines de la folie*. Paris: Hachette.
- Moréno, J. (1965). *Psychothérapie de Groupe et psychodrame*. Paris: Seuil.
- Mori, F. (1980a). Le docteur Daumézon et les CEMEA italiens. *VST*(128), 13.
- Mori, F. (1980b). Le dur chemin du changement. *VST*(128), 14-15.
- Morin, E. (1972). Le retour de l'évènement. *Communication*, 18(1), 6-20.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: E.S.F.
- Moscovici, S. (1972). *La société contre nature*. Paris: Union générales des éditions.
- Moscovici, S. (2013). *Le scandale de la pensée sociale*. Paris: E.H.E.S.S.
- Mucchielli, A. (1991). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Mucchielli, A. (1994). *La psychologie sociale*. Paris: Hachette.
- Najman, T. (2015). *Lieu d'asile, manifeste pour une autre psychiatrie*. Paris: Odile Jacob.
- Niewiadomski, C. (2002). Place des savoirs théoriques, expérientiels et existentiels dans la formation des professionnels de santé. *Perspectives soignantes*(14-15), 200-216.
- Niewiadomski, C. (2012). *Recherches biographiques et clinique narrative*. Toulouse: Erès.
- Noiriel, G. (2006). *Introduction à la socio-histoire* . Paris: La Découverte.
- Ory, P. (2004). *L'histoire culturelle*. Paris: PUF.
- Oury, F. (1983, Octobre-Novembre). Pédagogie institutionnelle et psychiatrie. *VST*(149), 24-30.
- Oury, F., & Vasquez, A. (1967). *Vers une pédagogie institutionnelle*. Paris: Maspéro.

- Oury, F., & Vasquez, A. (1972). *De la classe coopérative à la pédagogie institutionnelle*. Paris: Maspéro.
- Oury, F., Oury, J., & Pochet, C. (1986). *L'année dernière j'étais mort : signé Miloud*. Vigneux : Matrice.
- Oury, J. (1976). Les clubs thérapeutiques. In *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, (69-70). Paris: Payot.
- Oury, J. (1977). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Traces et configurations précaires*. Paris: Payot.
- Oury, J. (1977). L'angoisse et l'école. *Cahiers pédagogiques*(156), 30-33.
- Oury, J. (1980, Avril-Mai). Georges Daumézon. *VST*(128), 16-17.
- Oury, J. (1983, Mars). Son psychotique. *L'information psychiatrique*, 59(3), 413-423.
- Oury, J. (1986). Séminaire de Ste Anne. In *Le collectif*, (135-138). Paris: Editions du Scarabée.
- Oury, J. (1992). *L'aliénation*. Paris: Galilée.
- Oury, J. (1999, Décembre). Traitement, formation et recherches sont inséparables. *Psychiatrie française*(4), 43-52.
- Oury, J. (2007, Mars). *Psychanalyse, psychiatrie et psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Pagès, M. (1965). *Orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale*. Paris: Dunod.
- Pain, J. (2003a). *Penser la pédagogie*. Vigneux: Matrice.
- Pain, J. (2003b). *Pour des pédagogies actives*. Vigneux: Matrice.
- Palmade, G. (1984). *La psychothérapie*. Paris: PUF.
- Parant, V. (1888). *La raison dans la folie*. Paris: Doin.
- Parchappe, A. (1843). De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie. *Annales médico-psychologiques*(2), 358-371.
- Paumelle, P. (1970). Psychiatrie de secteur, psychiatrie communautaire. Espoir ou alibi. In *Le psychanalyste sans divan* (363-374). Paris: Payot.
- Paumelle, P. (1976). Réalité institutionnelle et psychothérapie des psychoses. *L'information psychiatrique*, 52(6), 731-737.
- Peisse, L. (1857). *La médecine et les médecins*. Paris: J.-B Baillièrre et fils.
- Pelicier, Y., & Thuillier, J. (1979). Pour une histoire de l'éducation des enfants idiots en France (1830-1914), *Revue Historique*(529), 99-130.
- Pelicier, Y. (1983). *Espace de psychopathologie*. Paris: Economica.
- Pescès, S. (2009). Lieu et milieu dans la pédagogie de Fernand Oury : le complexe éducatif. In *La pédagogie institutionnelle de Fernand Oury*, (213-217). Vigneux: Matrice.

- Piaget, J. (1950). *Introduction à l'épistémologie génétique*. Paris: PUF.
- Piaget, J. (1964). *Six études de psychologie*. Genève: Gonthier.
- Piaget, J. (1965). *Etudes sociologiques*. Genève: Librairie Droz.
- Piaget, J. (1969). *Psychologie et pédagogie*. Paris: Gonthier.
- Pierron, J.-P. (2014, Mars). Les trois sens du sens clinique, *Ethique et santé*, 11(1), 38-43.
- Pigeaud, J. (1980). Le rôle des passions dans la pensée médicale de Pinel à Moreaux de Tours. *History and Philosophy of the life sciences*, 2(1), 123-140.
- Pigeaud, J. (1981). *La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*. Paris: Editions les Belles lettres.
- Pinel, J.-P. (1850). *De la monomanie considérée sous le rapport psychologique, médical et légal*. Paris: Labé.
- Pinel, P. (1798). *Nosographie philosophique ou la méthode appliquée à la médecine* (Vol. 1). Paris: Richard, Caille & Ravier.
- Pinel, P. (1804). *La médecine clinique*. Paris: J.-A. Brosson.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (éd. 2). Paris: J.-A. Brosson.
- Platon. (s.d.). *Le Théétète*. (C. E, Trad. éd de 1967) Paris: Flammarion.
- Platon. (s.d.). *Apologie de Socrate*. (L. Brisson, Trad. éd de 1997) Paris: Flammarion.
- Platon. (s.d.). *Phèdre*. (L. Brisson, Trad. éd de 2004) Paris: Flammarion.
- Poirrier, P. (2008). *L'histoire culturelle: "un tournant mondial" dans l'historiographie ?* Dijon: Editions universitaires.
- Polack, J.-C ; & al. (1963). Le travail et la rémunération à l'hôpital psychiatrique(44), *VST*, 1-15.
- Postel, J. (1979). Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX^e siècle. *L'évolution psychiatrique*(3), 585-612.
- Postel, J., & Quételet, C. (2004). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod.
- Postic, M. (1982). *La relation éducative*. Paris: PUF.
- Prost, A. (1968). *Histoire de l'enseignement en France (1800-1967)*. Paris: Armand Colin.
- Psuik, T. (2013). La méthodologie de construction d'un plan de soins type. *Revue Soins*(773), 61-62.
- Quine, W. (1969). *Epistemologie Naturalized, in Ontological Relativity and other essays*. New-York: Columbia University Press.
- Racine, Y. (1967). *Argent et échange à l'hôpital psychiatrique*. Paris: Editions du Scarabée.
- Rancière, Jacques. (1990). *Courts voyages au pays du peuple*. Paris : Seuil.

- Rancoeur, H. (1980, Avril-Mai). Rencontre avec le docteur Daumézon. *VST*(128), 11-12.
- Rappart, P. (1955). Psychopathologie et clubs thérapeutiques. *L'Evolution psychiatrique*(1), 349-357.
- Reboul, O. (1989). *La philosophie de l'éducation*, (éd de 2012) Paris: PUF.
- Regis, E. (1923). *Précis de psychiatrie*, (éd. sixième) Paris: Doin.
- Remoussenard, P. (2005, Février). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*(8), 9-50.
- Renaudin, E. (1863). *Commentaires médico-administratifs sur le service d'aliénés*. Paris: J.-B. Bailliere et fils.
- Revillot, J.-M. (2011, Mars-avril). Comment la dimension éducative valorise l'acte thérapeutique. *Soins psychiatrique*(273), 19-22.
- Riché, S. (2000). *Des hôpitaux à Paris : Etat des fonds des Archives de AP-HP XII^e-XX^e Siècles*. Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
- Ricoeur, P. (1974). Sciences et idéologie. *Revue philosophique de Louvain*, 72(14), 328-356.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit* (Vol.1). Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (2000a). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (2000b). Les historiens et le travail de mémoire. *Esprit*(266-267), 6-189.
- Robert, E. (2015, Février). L'éducation thérapeutique comme outil de management. *Soins cadres*(93), 55-59.
- Rocher, G. (1968). *Le changement social*. Paris: HMH.
- Rogers, C. (1984). *La liberté pour apprendre*. Paris: Dunod.
- Romanet, S. (1980). J'entends le rossignol chanter. *VST*(128), 26-30.
- Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés*. Paris: Champ Libre.
- Roumieux, A. (1981). *La tisane et la camisole. Trente ans de psychiatrie publique*. Paris: Lattès.
- Roumieux, A. (1998, Mai). Une vie d'infirmier en psychiatrie (1951-1986), *L'Ecrit*(9), 1-12.
- Rousseau, J.-J. (1762). *Emile ou de l'éducation*, (éd de 1964) Paris: Gamier frères.
- Rose, P. (1999, Octobre). CEMEA et psychiatrie : Le traitement collectif de Philippe Paumelle. *VST*(64), 43-46.
- Ruel, M. (1977). *Le pouvoir à l'hôpital*. Paris: Savelli.
- Savoie, P. (2000). Quelle histoire pour le certificat d'études. *Revue histoire de l'éducation*(851). 49-72.
- Sabourin-Sivadon, D. (1980). *Histoire de la psychiatrie de secteur*. Paris: Recherches.

- Sandel, M. (1982). *Libéralisme and the limits of justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schiller, M. (1926). Le traitement des aliénés par le travail. In *Actes du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (377-379)*. Paris: Masson.
- Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif*. Montréal: Editions logiques.
- Schön, D. (1996). *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Montréal: Editions logiques.
- Sechehaye, M. (1947). La réalisation symbolique (nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie). Supplément(12) de la *Revue Suisse de psychologie et de psychologie appliquée*. Berne: Editions médicales Hans-Huber.
- Ségalen, V. (1907). *Les Immémoriaux*. Paris: Mercure de France
- Seguin, E. (1825). *Rapports et mémoires sur l'éducation des enfants anormaux*. Paris: Alcan.
- Seguin, E. (1846). *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*. Paris: J.-B. Baillière.
- Sénèque. (47-62). *La tranquillité de l'âme*. (J. Dross, Trad. éd de 2004) Paris: Points.
- Sérieux, P. (1903). *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*. Paris: Imprimerie municipale.
- Sévigny, R. (1994). *Traité des problèmes sociaux*. Québec : Institut Québécois de recherche sur la culture.
- Simmel, G. (1908). *Sociologie : Etude sur les formes de la socialisation*. (éd de 2013) Paris: PUF.
- Simmel, G. (1917). *Questions fondamentales de sociologie*, (éd de 1981) Paris: PUF.
- Simon, H. (1933, Janvier). La psychothérapie à l'asile. *Revue d'hygiène mentale*(1), 16-18.
- Simon, T. (1937). *Cinq nouvelles conférences sur la pédagogie des enfants arriérés (groupe d'études Bellan-Binet)*. Cahors : Imprimerie Coueslant.
- Siou, A. (2002, Décembre). Le leurre du patient acteur. *Objectif soins*(111), 19-22.
- Sivadon, P. (1952, Octobre). Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière. *Annales médico-psychologiques*, 2(3), 329-367.
- Soler, L. (2013, Octobre). Qu'est-ce qu'un modèle scientifique. *Spirales*(52), 177-214.
- Soulet, M.-H. (1987). *La recherche qualitative ou la fin des incertitudes*. Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Spadone, C. (1995). *La maladie mentale, Recherches et théories*. Paris: Flammarion.
- Spingler, O. (1859). Des aliénés en orient. *Annales médico-psychologiques*(3), 14-144.
- Spinoza, B. (1677). *L'éthique*. (B. Pautrat, Trad. éd de 1988) Paris: Seuil.

- Suppligeau, M.-O. (2007, Mars). Clubs thérapeutiques et d'entraide mutuelle : héritage ou rupture, *VST*(95), 54-63.
- Swain, G. (1976, Décembre). Pinel et la naissance de la psychiatrie, un geste, un livre. *L'information psychiatrique*, 52(10), 1217-1928.
- Tacite. (14-66). *Annales*. (P. Grimal, Trad. éd de 1993) Paris: Gallimard.
- Tarde, G. (1890). *Les lois de l'imitation*. Paris: Félix Alcan.
- Tardieu, A. (1872). *Etude médico-légale sur la folie*. Paris: J.-B. Baillière.
- Tenon, J. (1788). *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. Paris: Imprimerie P.-D. Pierres. BNF-Gallica.
- Thiam, Y., Gerbaud, L., Grondin, M.-A., Blanquet, M., & Laurent, M. (2012, Juillet-Août). Education thérapeutique en court séjour : Quelles limites ? *Revue santé publique*, 24(4), 291-302.
- Thibaut, J., & Strickland, L. (1956). Psychological set and social conformity. *Journal of personality*(25), 115-129.
- Thibaud, J., & Kelley, H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Thomas, W., & Zaniewski, F. (1919). *Le paysan polonais en Europe et en Amérique : récit de vie d'un migrant*, (éd de 1998) Paris: Nathan.
- Thuilliez, J. (1996). *La folie*. Paris: Robert Laffont.
- Todorof, T. (2009). *La signature humaine. Essais 1983-2008*. Paris: Seuil.
- Tolédano, A.-D (1943). *La vie de famille sous la restauration et la monarchie de juillet*. Paris: Albin Michel.
- Tosquelles, F. (1967). *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*. Paris: Editions du Scarabée.
- Tosquelles, F. (1980, Juin). *In mémoires G. Daumézon, moi et quelques autres*. *L'information psychiatrique*, 56(5), 557-588.
- Tosquelles, F. (1984). *Education et psychothérapie institutionnelle*. Mantes la ville: Hiatus.
- Touraine, A. (1965). *Sociologie de l'action*. Paris: Seuil.
- Touraine, A. (1969). *La société post-industrielle. La naissance d'une société*. Paris: Denoël et Gonthier.
- Tournier, P. (1980). *Le personnage et la personne*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Trélat, U. (1839). *Recherche historique sur la folie*. Paris: J.-B. Baillière.
- Vandenberghe, F. (1999). La double dualité comme principe de la pensée Simmélienne. *Simmel newsletters*(2), 132-144.
- Veyne, P. (1971). *Comment on écrit l'histoire*. Paris: Seuil.
- Vial, J. (1995). *Histoire de l'éducation*. Paris: PUF.

- Vialatoux, J. (1968). *La morale de Kant*, (éd 5) Paris: PUF.
- Vigarelo, G. (1999). *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris: Seuil.
- Vincent, J.-D. (1986). *La biologie des passions*. Paris: Odile Jacob.
- Von Bueltzingsloewen, I. (2007). *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'occupation*. Paris: Aubier.
- Von Mises, L. (1985). *L'action humaine*. Paris: PUF.
- Vygostki, L. (1927-1935). *Défectologie et déficiences mentales*. (Kouiljka, B, (dir) & G. Petit Pierre, Trads. Textes écrits de 1927 à 1935, éd de 1994) Paris: Delachaux et Nieslé.
- Wallon, H. (1934). *Origine du caractère chez l'enfant*. Paris: Boivin.
- Watier, P. (2000). *Le savoir sociologique*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Watier, P. (2002). *Une introduction à la sociologie compréhensive*. Belfort: Circé.
- Weber, M. (1913). Les catégories de la sociologie compréhensive. In *Essais sur la théorie de la science*. (J. Freund, Trad. éd de 1965) Paris: Plon.
- Weber, M. (1921). *Economie et société*. (J. Freund, Trad. éd de 1971) Paris: Plon.
- Weber, M. (1904-1905). *Ethique protestante et esprit du capitalisme*. (J. Gosselin, Trad. éd de 2003) Paris: Gallimard.
- Wieviorka, A. (1998). *L'ère du témoin*. Paris: Plon.
- Zac, S. (1966). *La morale de Spinoza*. Paris: PUF.
- Zafiroopoulos, M. (1981). *Les arriérés de l'asile à l'usine*. Paris: Payot.
- Zarifian, E. (1988). *Les jardiniers de la folie*. Paris: Odile Jacob.

ARTICLES DE PERIODIQUES ELECTRONIQUES

- Bardet, D. (1966, Septembre 08). *Du rôle possible d'un journal dans un service institutionnel, 16-25. Revue de psychothérapie institutionnelle n° 5. In acte du congrès international de psychodrame, dynamique de groupe et de psychothérapie de groupe. Barcelone 08 09 1966.* Consulté le décembre 09, 2015, sur www.balat.fr/IMG/docRP15.doc
- Billard, I. (2002, Février). *Les pères fondateurs de la psycho-pathologie du travail en butte à l'énigme du travail*. Consulté le Décembre 07, 2015, sur Cairn info: www.cairn.info/revue-clinique-mediterraneenne-2002-2-page-11.htm
- Brouard, E. (s.d.). *L'enseignement simultané*, Consulté le Avril 23, 2014, sur INRP: www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdina-bui
- Clot, Y. (s.d.). *Apport de Tosquelles à la clinique*. Consulté le Août 31, 2012, sur Psychologues en résistance: <http://www.psychologuesenresistance.org/spip.php?article30>,

- Coenen-Hunter, J. (2011). *Pour une sociologie des formes*. Consulté le Janvier 13, 2013, sur revues.org: www.revues.org/169dos10.400/ress169
- Collin, C. (1998, Avril 18). *La notion d'expérience humaine*. Récupéré sur <http://w.w.w.cvm;qc.ca/encephi/contenu/articles/experiece.htm>
- Coupechoux, P. (2010). *Eloge de la folie*, 78(2), 88-93. Récupéré sur www.cairn.info/revue-enpan-2010-2-page-88.htm
- Desmet, N. (s.d.). *Comment pratiquer la pédagogie institutionnelle partie 1, une histoire et des racines*. Consulté le Janvier 13, 2015, sur <http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com>
- Drulhe, M. (1985). *La sociologie entre l'explication et la compréhension*. In *L'Homme et la Société* n°75-76, p.23-30. Consulté le Janvier 06, 2016, sur Synthèses en Sciences Humaines: <http://www.persee.fr/doc/homoso.00018-1985>
- Duclert, V. (2002, 1). *Archives orales et recherches contemporaines. Une histoire en cours*. Consulté le Juillet 21, 2016, sur Société et Représentation 1/2002 n°15, 69-86 : www.cairn.info/revue-société-et-représentation-2002-1-page-69.htm
- Falissard, B. (dir). (2006). *Enquête épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison à la demande du Ministère de la justice et du ministère chargé de la santé entre 2003 et 2003*. Consulté le Mars 21 2017 sur : <http://www.senat.fr/rap/r09-4242.html>
- Fitche, J. (s.d.). *Skole*. Consulté le Décembre 1, 2011, sur www.skole.fr/1-j-g-fitche-la-liberte-comme-fin-de-leducation
- Giffard, D. (2009, Novembre). *Herman Simon*. Consulté le Janvier 23, 2015, sur www.psychiatrieinfirmiere.free.fr
- Giffard, D. (2011, Novembre). *Psychothérapie institutionnelle et formation infirmière*. Consulté le Février 20, 2015, sur Psychiatrie infirmière: <http://psychiatrieinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/adulte/therapie/institutionnelle.htm>
- Hahnemann, S. (s.d.). *Laborier*. Consulté le Janvier 14, 2014, sur Home oint: www.homeoint.org/site/laborier/hygiene.htm
- Huffschmitt, L. (s.d.). *Huffschmitt*. Consulté le Mars 24, 2014, sur geza-roheim: www.geza-roheim.pagesperso6orange.fr/html/huffschmitt.htm
- Hameline, D. (s.d.). *Pédagogie, le statut*. Consulté le Juillet 24, 2014, sur Encyclopedia universalis: www.universalis-edu.com/encyclopedie/pedagogie-le-statut
- Henckes, N. (2009). Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : de l'avant guerre aux années 1950. <http://www.cairn.info/revue-geneses-2009-3-page-76.htm>. Consulté le Fevrier 16, 2016, sur cairn.info: <http://www.cairn.info/revue-geneses-2009-3-page-76.htm>
- Jodelet, D. (2013). *Jeux et enjeux dans le champ de la santé*. Consulté le Octobre, 17, 2015, sur <http://www.areff2013.univ-mont2.frcod6.,9=contart/2926.jeux-et-enjeux-de-savoir-dans-le-champ-de-la-santèùC3A9>

- Karavokynos, D. (2010). *Le rôle du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place des secteurs*. Récupéré sur SUD/NORD : www.cairn.info/revue-sud-nord-2010-1-page-97.htm. DOI : 10.3917/sn.025.0097
- Lafitte, R. (1996). *La direction des SES/SEGPA peut-elle tirer parti d'outils conceptuels liés à la pédagogie institutionnelle ?* Consulté le Décembre 5, 2015, sur WWW.aprene.org/.../1.Lafitte_rene_lapport_de_la_pedagogie_institutionnelle.pdf
- Laplantine, P. (2008). *Freud et le mouvement de pédagogie psychanalytique (1-7)*. Consulté le 03 22 2016, sur <http://www.oveo.org:freud-et-le-mouvement-de-pedagogie-psychanalytique>
- Laot, F., et Lescure (de), E. « Les formateurs d'adultes et leur formation », Recherche et formation [En ligne], 53, 2006, mis en ligne le 07 Octobre 2011, consulté le Octobre 19 2016. URL : <http://rechercheformation.revue.org.975>
- Lewin, K. (1947). *Frontiers in Group Dynamic*. Récupéré sur Human Relation, 1 : 5: DOI : 10.1177/0018726774700100103
- Maffesoli, M. (2014, Avril). *La connaissance ordinaire. Précis de sociologie compréhensive*. Récupéré sur Société: www.cairn.info/revue-société-2014.4-page-11.htm
- Maldiney, H. (2001). *L'homme dans la psychiatrie*(36), 31-46. Récupéré sur www.cairn.info/revue-de-psychothérapie-psychanalytique-de-groupe-2001-1-page-31.htm
- Martucceli, D. (2010, Décembre 20). *La socio-analyse un avatar de la sociologie de l'individu*. Consulté le Décembre 09, 2016, sur SociologieS, Grands résumés, Socio-analyse des raisons d'agir : <http://Sociologie.revue.org/3228>
- Martuccelli, D. (2005, Juin 08). *Les trois voies de l'individu sociologique*. Consulté le Novembre 17, 2011, sur espaces temps: www.espacestems.net/document1414.html
- Maurel, O. (2008). *Freud et le mouvement de pédagogie psychanalytique (pp.1-7)*. Consulté le Mars 22, 2016, sur <http://www.Oveo.org/freud-et-le-mouvement-de-pedagogie-psychanalytique/>
- Meirieu, P. (2008, Novembre 5). *Le pari de l'éducabilité* Conférence donnée à l'ENPJJ de Roubaix Récupéré sur : <http://meirieu.com>.
- Minard, M., & Tosquellas, J. (2007, Janvier). *Entretien avec Jean Ayme*. Consulté le Février 2, 2012, sur Cairn info: www.cairn.info/revue-sud-nord-2007-1-page119.htm
- Odier, S. (2007) *La surmortalité des asiles d'aliénés français durant la seconde guerre mondiale*. Consulté le Février 11, 2016, sur www.Revistaaen.es/index.php/frenia/download : 16292
- Oury, J. (s.d.). *Vocation de la pédagogie institutionnelle*. Consulté le Janvier 13, 2015, sur PIG Asso: <http://pig.asso.free.fr/LePIG.htm>
- Portalis, J.-E. (s.d.). *Le temps des instituteurs*. Consulté le Novembre 25, 2014, sur Le temps des instituteurs: www.le-temps-des-instituteurs.fr/hist-consulat-et-empire.html

Valade, B. (2014, Juillet 10). *Individualisme méthodologique*. Consulté le Janvier 04 2015, sur Encyclopedia universalis: www.universalis-edu.com/encyclopedie/individualisme-methodologique

Valastro, O. (2001, Avril). *De l'enfermement au territoire : réseaux sociaux et enjeux nouveaux.* Consulté le Novembre 11, 2014, sur Revue électronique de sociologie: www.espritscritique.fr/0304/edito.hlt

Vergne, G. (2011.). *La nation comme but de l'éducation*. Consulté le Decembre 01, 2011, sur skole.fr: www.skole.fr/2.j.g.fitche-la

Von Bueltzingsloewen, I. (2010, Janvier). *Le militantisme en psychiatrie, de la Libération à nos jours. Quelle histoire ?/* récupéré sur http://www.cairn.info/revue-sud-nord-2010-1_page-13.htm

CONGRES / COLLOQUES²³²

Alexandre-Bidon, D. (1981). Le sentiment de l'enfance. *Intervention à l'Ecole des Hautes Etudes Sociales*. Lyon : CHR-CIHAM.

Delion, P. (2011). La psychothérapie institutionnelle. *Séminaire à l'Université Catholique, Lille*.

Delion, P. (2017). La rencontre dans le soin psychique. Qu'est-ce qui fait rencontre ? *Conférence à l'Université Catholique, Lille*.

Dosse, F. (2005). Historiser les traces mémorielles. *Conférence, Tallin*.

Geny, C. (2015). La maladie de Parkinson. *Conférence, Lamalou les Bains*.

Jobert, G. (2005). L'alternance pédagogique. *Conférence du CEFIEC, Paris*.

²³² Les autres communications évoquées dans le corps de texte ont fait l'objet d'une parution dans une revue, c'est à ce titre qu'elles ont été référencées.

THESES / MEMOIRES

Danvers, F. (1978). *Essai sur la notion Marxiste de l'Aliénation*. Mémoire de maîtrise de philosophie, Lille, non publié.

Drogoul, F. (1987). *A propos de la vie quotidienne en institution psychiatrique*. Mémoire de CES de psychiatrie, Paris, non publié.

Fauvel, A. (2005). *Témoins aliénés et « nouvelles Bastille ». Une histoire politique sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*. Thèse d'histoire, Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, non publiée.

Hazera, M. (1956). *Les rapports sociaux à l'hôpital psychiatrique, leur intérêt psychothérapeutique*. Thèse de médecine, Bordeaux, non publiée.

Huffschmitt, L. (1987). *Psychiatrie et outre-mer au XIX^e siècle*. Mémoire de CES de Psychiatrie. Université Louis Pasteur, Strasbourg, non publiée.

Jouan, S. (2012). *Enseignement mutuel et enseignement simultané*. Mémoire, Montpellier, non publié.

Koechlin, P. (1951). *Etude de la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle*. Thèse, Paris, non publiée

Noireaud, V. (1982). *La formation infirmière en psychiatrie*. Thèse. Université de Franche Comté, non publiée.

Paumelle, P. (1952). *Essais de traitement collectif du quartier des agités*. Thèse. Rennes: ENSP.

RAPPORTS

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2015). *Rapport sur la nature des hospitalisations en psychiatrie pour l'année 2014*, (ATIH).

Bourneville, D.-M. (1895). *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*. Rapport fait au Congrès National d'assistance publique de Lyon de Juin 1894. Paris: Alcan.

Bourneville, D. (1897). *Création de classes spéciales pour les enfants arriérés*. Lettre aux membres de la 3^e commission du Conseil Général de la Seine. Paris: Alcan.

Colombier, D. (1785). *Rapport-Circulaire : Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés*.

Constant, Dumesnil, & Lunier (1878). *Rapport général sur le service des aliénés en 1874*, Paris : Imprimerie Nationale.

Contrôleur Général des lieux de privation de liberté (2013). *Rapport annuel 2012*. Paris : Dalloz.

De Cailleux, G. (1860). *Rapport sur les aliénés de la Seine, traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière*. Paris: Archives AP-HP, cotation : D-141.

Double, M. (1840-41). *Rapport de Leuret intitulé : de la révolution morale dans le traitement de la folie*. Paris: Académie Impériale de médecine.

Ferrus, G. (1845). *Rapport au ministre de l'intérieur sur l'établissement d'E. Seguin pour le traitement et l'éducation des enfants idiots*. Archives de Neurologie(30), 264-268.

Ronjat, A. (1879). *Rapport sénatorial sur l'enseignement public*. Paris: Journal officiel n°356 du 27 07 1879.

TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET INSTRUCTIONS

Edit de Nantes, signé par Henri IV le 13 Avril 1598 (accordant notamment des droits de culte, civil et politique aux protestants), révoqué par l'Edit de Fontainebleau signé par Louis XIV le 18 octobre 1685.

Edit de Tolérance, signé à Versailles par Louis XVI le 7 Novembre 1787, enregistré au Parlement le 29 Janvier 1788. (Relatif au statut juridique et civil des non-catholiques).

Loi Guizot du 28 Juin 1833, portant sur l'Instruction primaire.

Loi n° 7443 du 30 Juin 1838, sur les Aliénés.

Circulaire n°7 du 20 Mars 1857 sur le Règlement intérieur des Hôpitaux psychiatriques.

Loi du 1^{er} Juillet 1901, complétée par le Décret du 16 Août 1901, relative au contrat d'association permettant la création d'associations à but non lucratif, publiée au *Journal Officiel* du 2 Juillet 1901, p.402-5.

Arrêté du 26 Mai 1930, relatif à l'uniformisation de la situation du personnel infirmier au niveau national.

Circulaire du 13 Octobre 1937, dite Circulaire Rucart, relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental.

Circulaire ministérielle du 5 Février 1938 sur Le règlement intérieur modèle du Service intérieur des Hôpitaux psychiatriques

Arrêté du 4 février 1958, portant organisation du travail thérapeutique des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques.

Circulaire du 4 Février 1958 déterminant la nature des travaux (en régie, à façon) effectués dans les services médicaux et les règles relatives à l'attribution du pécule.

Arrêté du 4 Octobre 1958 portant sur l'organisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques, publié au *Journal Officiel* du 18 Octobre 1958.

Circulaire du 15 Mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968, portant réforme du droit des incapables majeurs, *Journal Officiel* du 4 janvier 1968, p.114.

Circulaire n° 12 du 24 Janvier 1969, relative à la bi-sexualisation des hôpitaux psychiatriques.

Décret n° 72-1078 du 6 Décembre 1972, relatif aux classements des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier, *Journal Officiel* du 7 Décembre 1972, p.12626.

Arrêté du 16 Février 1973, relatif au Programme des études d'infirmiers de secteur psychiatrique, publié au *Journal Officiel* du 27 Février 1973, modifié le 26 Avril 1979, le 03 Juillet 1979, le 06 08 1979, le 20 Mai 1980 et le 01 Juin 1982.

Loi n° 833/1978 du 13 Mai 1978, encore appelée loi 180 ou loi Basaglia, relative au démantèlement des Hôpitaux psychiatriques d'Etat italiens, qui n'étaient plus autorisés dans ce pays.

Arrêté du 26 Avril 1979, modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Ministère de la santé et de la sécurité sociale. *Journal Officiel* du 6 mai 1979.

Arrêté du 14 Mars 1986, relatif aux équipements et service de lutte contre les maladies mentales comportant ou pas des possibilités d'hébergement.

Loi n° 90-527 du 27 Juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel* du 30 Juin 1990, p. 7664.

Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 et Décret n°91-748 du 31-Juillet-1991, relatifs à la loi de réforme hospitalière, *Journal officiel* du 2 Août 1991, p. 10255.

Décret n° 92-264 du 23 Mars 1992 et Arrêté du 23 Mars 1992, *Journal Officiel* du 25 mars 1992, Annexe de l'Arrêté du 23 mars 1992, relatifs au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

Décret n° 95-926 du 18 Août 1995, relatif au diplôme de cadre de santé, *Journal Officiel* du 20 Août 1995, p.6324

Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, *Journal Officiel* du 25 Avril 1996, p.6324

Loi n°2004-806 du 09 Août 2004, relative à la politique de Santé publique, art 52 relatif aux psychothérapeutes, *Journal Officiel* du 10 Août 2004.

Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé *Journal Officiel* du 5 Mars 2002, p.4118.

Circulaire DHOS/P2/02DGS/6C N°2006-21 du 16 Janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Lois n° 2011-803 du 5 juillet 2011, *Journal Officiel* du 6 Juillet 2011, p.11705 et n° 2013-869 du 27 Septembre 2013, *Journal Officiel* du 29 Septembre 2013, relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, créant les Groupements Hospitaliers de territoire, *Journal Officiel* de 27 Janvier 2016, texte 1. Leurs modalités de fonctionnement ont été précisées par le Décret n°2016-524 du 27 Avril 2016, *Journal Officiel* du 29 Avril 2016, texte 24.

PUBLICATIONS DE G. DAUMEZON

OUVRAGES ET ARTICLES DE PERIODIQUES

Daumézon, G. (1935). *La situation du personnel infirmier dans les asiles d'aliénés*. Paris: Doin et Cie.

Daumézon, G. (1939). De la nécessité d'une définition standard du service ouvert. *Annales médico-psychologiques*(1), 126-130.

Daumézon, G. (1945, Août). Situation actuelle de la psychiatrie, ses perspectives d'avenir. *L'information psychiatrique*(1), 7-8.

Daumézon, G. (1946-47). L'enracinement des malades guéris à l'asile. *L'hygiène mentale*(4). [Réédition 2010] *Psychiatrie française*, 41(3), 57-71.

Daumézon, G. (1947). Le vertige de la sortie. *Annales médico-psychologiques*, I (1), 78-85.

Daumézon, G. (1948a). Les fondements d'une psychothérapie collective. *L'évolution psychiatrique*, 13(3), 57-85.

Daumézon, G. (1948b). Les initiatives collectives dirigées, formes de psychothérapies collectives. *Annales médico-psychologiques*(106), 220-226.

Daumézon, G. (1948c). *Sens thérapeutique de la vie sociale à l'hôpital psychiatrique*. Moulin: Les Imprimeries Réunies.

- Daumézon, G. (1948d, Mars). L'Application pratique des thèses nouvelles en assistance psychiatrique. *L'information psychiatrique*(9), 57-85.
- Daumézon, G. (1949a). Le sport à l'hôpital psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*(2), 444-448.
- Daumézon, G. (1949b). Les réunions de pavillons. *L'information psychiatrique*, 26(6), 220-222.
- Daumézon, G. (1950). Le journal parlé à l'hôpital psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*(1), 62-64.
- Daumézon, G. (1951, Septembre 9). Discussion sur le travail de groupe chez les malades mentaux chroniques, *Compte rendu du Symposium de Bonneval*, 574-576.
- Daumézon, G. (1952a). Le poids des structures. *Esprit*, 197(12), 935-944.
- Daumézon, G. (1952b, Décembre). Action individuelle de la psychothérapie collective, *L'évolution psychiatrique*, 17(3), 475-506.
- Daumézon, G. (1952c). Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique, son utilisation pour améliorer le vieil asile. *L'information psychiatrique*(6), 164-168.
- Daumézon, G. (1952d). Analyse de thèses sur la sociothérapie. *L'évolution psychiatrique*(3), 583-592.
- Daumézon, G. (1954a). Expérience de la thérapeutique par lobotomie dans un service. *L'évolution Psychiatrique*(4), 521-530.
- Daumézon, G. (1954b). Le médecin ne peut punir. *Annales médico-psychologiques*(2), 231-235.
- Daumézon, G. (1955). La vie collective du malade mental. In *Encyclopédie française*(15), La civilisation quotidienne, 7-13.
- Daumézon, G. (1957a). Les CEMEA et la réforme des hôpitaux psychiatriques. *VST*(92), (édition de 2006, Avril), 144-148.
- Daumézon, G. (1957b). A propos de la sociothérapie. *Revue pratique de psychologie, de la vie sociale et d'hygiène mentale*(1), 27-31.
- Daumézon, G. (1958a). Expérience d'introduction de psychothérapie dans un service fermé: réflexion d'un chef de service (suite et fin). *L'information psychiatrique*, 84(7), (éd de 2008) 699-700.
- Daumézon, G. (1958b). La nécessité du collectif : réflexion du chef de service. *L'information psychiatrique* (recueil annuel de 1958), 362-382.
- Daumézon, G. (1960, janvier). Essai d'histoire critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du XIX^e siècle. *L'Information psychiatrique* 36(1), 5-29.

- Daumézon, G. (1964, novembre). Problèmes de la psychiatrie de secteur en France, *L'information psychiatrique*, 40(9), 653-671.
- Daumézon, G. (1964). Essai de sémiologie de l'observation en groupe. *L'évolution psychiatrique*, 29(4), 533-558.
- Daumézon, G. (1966). Les maladies ne sont que des modèles. *L'évolution psychiatrique*, 31(2), 219-223.
- Daumézon, G. (1968a, Juin). Réflexion sur la formation d'un psychiatre. *Perspectives psychiatriques*(20), 7-42.
- Daumézon, G. (1968b). *Psychiatrie et médecine scolaire*. Paris: Doin.
- Daumézon, G. (1969). Psychanalyse et institution : Réponse à Mr Ayme. *L'évolution psychiatrique*(3), 473-502.
- Daumézon, G. (1971a). Lecture historique de l'histoire de la folie. *L'évolution psychiatrique*, 36(2), 227-241.
- Daumézon, G. (1971b). Préface. In Hochmann, J. *Pour une psychiatrie communautaire* (9-14). Paris, Seuil.
- Daumézon, G. (1971c). Psychiatrie et psychotiques aujourd'hui, *L'évolution psychiatrique*(3), 501-509.
- Daumézon, G. (1974). Le savoir infirmier psychiatrique. *Compte rendu du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française d'Auxerre* (714-726). Paris: Masson.
- Daumézon, G. (1977a, Mars). La prise en compte par le psychiatre de l'histoire individuelle du patient. *L'évolution psychiatrique*, 42(3), 801-806.
- Daumézon, G. (1977b). Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France, *Annales médico-psychologique*, 135,2(1), 80-87.
- Daumézon, G. (1978a). Soigner au nom de quoi ? *Psychiatrie française*(5), 9-11.
- Daumézon, G. (1978b). Henri Ey et la génération d'avant guerre. *Perspectives psychiatriques*, 1(65), 7-9.
- Daumézon, G. (1978c, Octobre). Poésie et soins infirmiers. *L'information psychiatrique*, 54(8), 887-889.
- Daumézon, G. (1978d, Décembre). L'incertitude. *Psychiatrie française*(4), 18-19.
- Daumézon, G. (1979). Psychiatrie et éthique. In Collectif *Le psychiatre face au malade, à la société et à lui-même*, (9-25). Toulouse : Privat.
- Daumézon, G. (1980a). *Psychiatrie et Ethique : pour introduire la réflexion*. Toulouse: Privat.
- Daumézon, G. (1980b). Légitimité de l'intérêt pour l'Histoire de la psychiatrie, *L'information psychiatrique*, 56(5), 647-652.

CO-REDACTION.

Daumézou, G., & Cassan, L. (1941). Les malades guéris enracinés à l'asile. *Annales médico-psychologiques*(99), 300-308.

Daumézou, G., Caron, C., & Leculier, P. (1942). *Augmentation de la mortalité dans un hôpital psychiatrique depuis juin 1940, les causes*. In Congrès des médecins et neurologistes de France et des pays de langue française d'octobre 1942. Cahors, 1944, 382-386.

Daumézou, G., & Bonnafé, L. (1945). Psychiatrie médicale ou administrative. *Le médecin français*, 5(54), 14-16

Daumézou, G., & Bonnafé, L. (1946). *Les perspectives de réformes psychiatriques en France depuis la Libération*. Congrès des aliénistes et neurologues de langue française, 44^e session (584-590), Genève et Lausanne 22-27 juillet 1946 : Paris : Masson.

Daumézou, G., Benoiton, J., & al. (1948). Le journal de l'hôpital psychiatrique, instrument de psychothérapie collective. *Annales médico-psychologiques*, 2(2), 204-210.

Daumézou, G., & Koechlin, P. (1952). La psychothérapie institutionnelle française contemporaine. *Annals portuguese de psiquiatria*, 4(4), 271-312.

Daumézou, G., Paumelle, P., & Tosquelles, F. (1955). Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique, ergothérapie, sociothérapie. In *Encyclopédie médico-chirurgicale* (37930 A10). Paris.

Daumézou, G., Bernard, P., Bonnafé, L., & Oulès, J. (1956). Faut-il enseigner l'administration à nos infirmiers ? *Annales médico-psychologique*(2), 635-639.

Daumézou, G., & Benoit, G. (1957). Réflexion sur la sémiologie psychiatrique. *L'évolution psychiatrique*(2), 207-237.

Daumézou, G., & Lanteri-Laura, G. (1959). *Psychiatrie : plaidoyer pour l'attitude phénoménologique en sémiologie psychiatrique*. Paris: Masson

Daumézou, G., Bernhard, H., & Zissman, H. (1960). Enquête sur le travail des malades dans les hôpitaux psychiatriques français. *Revue pratique de psychologie, de la vie sociale et d'hygiène mentale*(4), 177-197.

Daumézou, G., & Lanteri-Laura, G. (1961). Signification d'une sémiologie phénoménologique, *L'encéphale*(5), 478-511.

Daumézou, G., Benoit, G., & al (1970). *Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique*. Paris: Masson.

Daumézou, G., & Abdoucheli, T., Mignot, H. (1970, Février). *Etude de la loi hospitalière*. *Psychiatrie française*, 84(1), 54-58.

Daumézou, G., & Brégéon, J.-L. (1974). Les malades rejetés vus au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil. *L'évolution psychiatrique*, 40(4), 697-709.

Daumézon, G., & Bléandonu, G. (1976). *Dictionnaire de psychiatrie sociale*. Paris: Payot.

Daumézon, G., & Koechlin, P. (1976). Philippe Paumelle à Maison Blanche. *L'information psychiatrique*, 52(6), 683-690.

Daumézon, G., & Dalles, B. (1977). *Compte rendu du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de Limoges : communication relative à la connaissance des psychothèques par les infirmiers*. Paris: Masson.

Daumézon, G., & Caroli, F. (1978, Avril, Juin). La loi de 1838 et le CPOA. *Revue psychiatrique Française*, 9(2), 9-17.

RAPPORTS, MEMOIRES

Daumézon, G. (1938-1939). *Rapport annuel d'activités du médecin directeur*. Fleury-les-Aubrais: non publié.

Daumézon, G. (1940). *Rapport annuel d'activités du médecin directeur*. Fleury-les-Aubrais: non publié.

Daumézon, G. (1942). *Rapport annuel d'activités du médecin directeur*. Fleury-les-Aubrais: non publié.

Daumézon, G. (1944). *Rapport annuel d'activités du médecin directeur*. Fleury-les-Aubrais: non publié.

Daumézon, G. (1945). *Rapport annuel d'activités du médecin directeur*. Fleury-les-Aubrais. Non publié.

Daumézon, G. (1952). *Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique*. Rapport à la Commission des maladies mentales du Comité permanent d'hygiène sociale.

Daumézon, G., Ey, H., & Fouquet, P. (1953). Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques. Commission des maladies mentales. In *L'information psychiatrique*(9), 1954, 340-348.

INDEX DES NOMS PROPRES²³³

Abbot, Andrew
Alexandre-Bidon, Danièle. (1953-....)
Alexandre, Jean.-Yves
Althusser Louis (1918-1990)
Atlan, Michel
Amar, Alain
Amourous, Charles (1941-....)
Ampère, André.-Marie (1775-1836)
Appert Eugène (1868-1940)
Archer, Evry
Ariès, Philippe (1914-1984)
Aristote (384 av. J.-C-322 av J.-C)
Arveiller, Jean.-Paul
Authier, Jean.-Yves
Avanzani, Guy. (1929-....)
Ayme, Jean (1924-2011)
Badinter Elisabeth (1944-....)
Baillarger, Jules (1809-1890)
Bailly-Salin, Pierre
Bandura, Albert (1925-....)
Barbier, Jean.-Marie (1946-....)
Barreau, Hervé
Barton, Russel
Basaglia, Franco (1924-1980)
Basedow, Johann.-Bernhard (1724-1790)
Bauchet, André

²³³ Complété des prénoms et lorsque cela a été possible des dates de naissance et le cas échéant de décès.

Beauté, Jean
Beillerot, Jacky (1939-2004)
Bell, Andrew (1753-1832)
Bénévent, Raymond
Benoit, Guy
Benoit, Jean.-Claude
Bérard, François
Bercherie, Paul
Berger, Peter.- Ludwig (1929-....)
Bernard, Paul (1909-1995)
Bernstein, Basil (1924-2000)
Bertaux, Daniel (1939-....)
Berthet, Etienne (1909-1986)
Bieder, Joseph (1923-2016)
Billard, Isabelle
Binet, Alfred (1857-1911)
Bion, Wilfred (1897-1979)
Bissanger, Ludwig (1881-1966)
Bléandonou, Gérard
Bloch, Marc (1886-1944)
Blondel, Maurice (1861-1949)
Boitier, Bernard
Bonicco, Céline
Bonnafé, Lucien (1912-2003)
Bonnet, Clément
Bouchet, Camille
Boudon, Raymond (1934-2013)
Bouglé, Célestin (1870-1940)
Boulanger, Nicole
Bourdieu, Pierre (1930-2002)

Bourneville, Désiré.-Magloire (1840-1909)

Bourreau, Alain

Bourricaud, François (1922-1991)

Brisset, Charles (1914-1989)

Brisset, Jean.-Pierre (1837-1919)

Brouard, Eugène (1825-1903)

Broussais, François (1772-1838)

Bruner, Jérôme (1915-2016)

Buisson, Ferdinand (1841-1932)

Buissonnet-Verger, Geneviève

Burgraeve, Adolphe (1806-1902)

Burguière, André

Busino, Giovanni (1929-....)

Cabanis, Pierre.-Jean (1757-1808)

Canguilhem, Georges (1904-1995)

Capgras, Joseph (1873-1950)

Caro, Eliane

Caroli, François

Caron, Jean

Carretero-Pasin, Angel.-Enrique

Cassan, Léon

Castel, Pierre.-Henri (1963-....)

Castel, Robert (1933-2013)

Castoriadis, Cornelius (1922-1997)

Certeau (de) Michel (1925-1986)

Chaigneau Hélène (1919-2010)

Chaix, Jean-François

Charcot, Jean.-Martin (1825-1893)

Charlot, Bernard

Chartier, Emile (dit Alain) (1868-1951)

Chatagon, Charles
Chatagnon, Pierre
Chaurand, André
Chazaud, Jacques
Chemouni, Jacquy
Cherkaoui, Mohamed (1945-....)
Cicéron (106 av. J.-C – 43 av J.-C)
Claparède Edouard (1873-1940)
Clot, Yves
Coenen-Hunter, Jacques
Colin, Henri
Collin, Claude
Collée, Michel
Collière, Marie.-Françoise (1930-2005)
Colombier, Jean (1736-1789)
Comte, Auguste (1798-1857)
Coninck (de), Frédéric (1955-....)
Conolly, John (1794-1866)
Constant, Augustin
Cooper, David (1931-1986)
Coquard Olivier
Coupechoux, Patrick (1950-....)
Cousinet, Roger (1881-1973)
Crozier Michel (1922-2013)
Condillac (de), Etienne (1714-1780)
Condorcet (de), Nicolas (1743-1794)
Danvers, Francis
Daquin, Joseph (1732-1815)
Davies, James
Decailleux-Girard, Jacques.-Henri (1814-1884)

De Hollendia, Marie.-Dominique
De Freminville (1942-....)
De Munck, Jean (1959-....)
De Sanctis, Sante
Deconstanza, Patrice
Decroly, Jean.-Ovide (1871-1932)
Delaunay, Paul
Delay, Jean (1907-1987)
Deleuze, Gilles (1925-1995)
Delion, Pierre
Demichel, Francine
Denicker, Pierre (1917-1998)
Derivergy, Catherine
Deroche-Garcel, Lilyane
Descartes, René (1596-1650)
Desmet, Hugette
Devereux, Georges (1908-1985)
Dewey, John (1859-1952)
Dide, Maurice
Dilthey, Wilhem (1833-1911)
Doise, Willem
Dortier, Jean.-François (1956-....)
Dosse, François (1950-....)
D'Ortoli Fabienne
Double M(nc)
Doublet, François (1751-1795)
Douglas, Mary (1921-2007)
Drogoul, Franck
Drulhe, Marcel
Dubar, Claude (1945-2015)

Dubet, François (1946-....)
Dubois, François.-Clément (1837-1924)
Duby, Georges (1919-1996)
Duclert, Vincent (1961-....)
Dumesnil, Octave
Dumont, Louis (1911-1998)
Dupouy, Edmond
Dupréel, Eugène (1879-1967)
Durkheim, Emile (1858-1917)
Eck, Marcel
Elias, Norbert (1897-1990)
Enriquez, Eugène (1931-....)
Escande, Jean.-Paul (1939-....)
Esquirol, Jean.-Etienne (1772-1840)
Ey, Henri (1900-1977)
Fabiani, Jean.-Louis (1951-....)
Fablet, Dominique (1953-2013)
Falissart, Bruno
Falret, Jean.-Pierre (1794-1870)
Fauvel, Aude
Febvre, Lucien (1878-1956)
Fechner, Elisabeth
Féréol, Gilles
Ferrière, Adolphe (1879-1960)
Ferrus, Guillaume.-Marie.-André (1784-1861)
Filonov, Georges.-Nikolaevich
Fichte, Johann.-Gottlieb (1762-1814)
Fleury (de), Maurice (1860-1931)
Folin, Sven (1911-1997)
Fonviel, Raymond (1923-2000)

Foucault, Michel (1926-1984)
Fourquet, François (1940-2016)
Fourez, Gérard (1937-....)
Fournet, Joseph (1801-1869)
Freinet, Célestin (1896-1966)
Frances, Allen
Frelat-Khan, Brigitte
Freud, Sigmund (1856-1939)
Fromm, Erich (1900-1980)
Fussinger, Caterine
Gadamer, Hans.-Georg (1900-2002)
Gardou, Charles
Gateau, Jacqueline
Gauthier, Serge
Gauchet, Marcel (1946-....)
Gaulejac (de) (1946-....)
Gentis Roger (1928-....)
Geny, Claude
Georget, Etienne.-Jean (1795-1828)
Gérard, Jean.-Louis
Giffard, Dominique
Godard, Francis (1948-....)
Godelier, Maurice (1934-....)
Goffman, Erving (1922-1982)
Goldstein, Jan
Gori, Roland
Got, Roger
Grawitz, Madeleine (1911-2008)
Gros, Guillaume
Guilbert, Joel

Guiraud, Paul (1882-1974)
Guislain, Joseph (1797-1860)
Guizot, François (1787-1874)
Gusdorf, Georges (1912-2000)
Guyau, Jean.-Marie (1854-1888)
Hadjib, Mathieu
Halbwatchs, Maurice (1877-1945)
Hameline, Daniel (1931-....)
Hanemann, Samuel (1755-1843)
Hannoun, Hubert
Hazera, Max
Hédoux, Jacques
Hegel, Georg.-Wilhelm.-Friedrich (1770-1831)
Henckes, Nicolas
Herbart, Johann.-Friedrich (1776-1841)
Herskovits, Melville (1895-1963)
Herzlich, Claudine (1932-....)
Hess, Remy
Hochman, Jacques (1934-....)
Hofstetter, Rita
Honoré, Bernard (1931-....)
Hubert, René
Huffchmitt, Luc
Imbert, Jean
Imbert, Francis
Israel, Liliane
Itard, Jean.-Marc (1774-1838)
Jacotot, Jean.-Joseph (1770-1840)
Jaeger, Marcel
James, William (1842-1910)

Jodelet, Denise
Joas, Hans (1948-....)
Joos, Jean.-Ernest
Jouan, Sylvie
Joutard, Philippe (1935-....)
Joutard, Philippe
Jumel, Guy
Jung, Carl Gustav (1875-1961)
Kant, Emmanuel (1724-1804)
Karavokynos, Dimitri
Kardiner, Abram (1891-1981)
Kelley, Harold
Kerschensteiner, Georg (1854-1932)
Khan, Pierre
Kierkegaard, Soren (1813-1855)
Koechlin, Philippe (1938-1996)
Kogon, Eugène (1903-1987)
Korzybski, Alfred (1879-1950)
Krzyzaniak, Patrice
Laborier, Bruno
Lacan, Jacques (1901-1981)
Ladame, Charles (1879-1949)
Lader, Malcolm Harold
Lafitte, René (1947-2009)
Lafont, Robert (1923-2009)
Lalande, André (1867-1963)
Lambrichs, Louise (1952-....)
Lancaster, John (1778-1838)
Laneyrie, Philippe
Lanteri-Laura, Georges (1930-2004)

Laplantine François (1943-...)
Latour, Bruno (1947-....)
Laot, Françoise
Laurent, Alain
Lecerf, Jean.-François
Lecoutay, C(nc)
Lefebvre, Henri (1901-1991)
Le Guillant, Germaine
Le Guillant, Louis (1900-1968)
Leculier, Raymond (1923-1971)
Léger, François
Legouvé, Ernest (1807-1903)
Leif, Joseph
Lemoine, Aurélie
Léon, Antoine
Lescure, Emmanuel
Lewin, Kurt (1890-1947)
Leuret, François (1797-1851)
Levi-Strauss, Claude (1908-2009)
Levy, Paul
Lewin, Kurt (1890-1947)
Ligibel, Jean-Marie
Linton, Ralph (1893-1953)
Lipset, Seymour.-Martin (1922-2006)
Lobrot, Michel (1924-....)
Louyer-Villermay, Jean.-Baptiste (1776-1838)
Louzoun, Claude
Luckmann, Thomas (1927-2016)
Lunier, Jules
Macombe, Catherine

Maffesoli, Michel (1944-....)
Maggi, Bruno
Maillard, Fabienne
Maisonneuve, Jean
Makarenko, Anton (1888-1939)
Maldiney, Henri (1912-2013)
Malinowski, Bronislaw (1884-1942)
Marcuse, Herbert (1898-1979)
Marion, Elie
Marmion, Jean-François
Martin, Jean-Pierre
Martucelli, Danilo (1964-....)
Mason-Cox, Joseph (1763-1818)
Maurel, Olivier (1937-....)
Maury, Liliane
Mauss, Marcel (1872-1950)
Mazel, Abraham
Meirieu, Philippe (1949-....)
Mialaret, Gaston (1918-2016)
Michaud, Ginette
Milhaud-Cappe, Danielle
Minard, Michel
Minkowski, Eugène (1885-1972)
Miribel (de), Julien
Monnerot, Jules (1909-1995)
Montessori, Maria (1870-1952)
Monod, Jacques (1910-1976)
Moreau de Tours, Jacques.-Joseph (1804-1884)
Morel, Pierre (1929-....)
Moréno Jacob.-levy (1889-1974)

Mori, Franco
Morin, Edgar (1921-....)
Moscovisci, Serge (1925-2014)
Mucchielli, Roger (1919-1981)
Mugny, Gabriel
Murard, Lion (1945-....)
Najman, Thierry
Navarre, Maud
Niewiadomski, Christophe
Noireaud, Victor
Noiriel, Gérard (1950-....)
Odier, Samuel (1976-....)
Ory, Pascal (1948-....)
Oulès, Jean
Oury, Fernand (1920-1998)
Oury, Jean (1924-2014)
Pagès, Robert (1919-2007)
Pain, Jacques
Parant, Victor (1848-1924)
Parchappe, Maximilien (1800-1866)
Parsons, Talcott (1902-1979)
Passeron, Jean.Claude (1930-....)
Paumelle, Philippe (1923-1974)
Puisse, Louis (1803-1880)
Pelicier, Yves (1926-1996)
Pescès, Sébastien
Pestalozzi, Johann.-Heirich (1746-1827)
Pfister, Oskar (1873-1956)
Piaget, Jean (1896-1980)
Pigeaud, Jackie (1937-2016)

Pierron, Jean.-Philippe
Pinel, Philippe (1745-1826)
Plaisance, Eric
Platon (428/427 av.J.-C-348/347 av.J.-C)
Poirrier, Philippe (1963-....)
Polack, Jean.-Claude (1936-....)
Portalis, Jean.-Etienne
Postel, Jacques
Postic, Marcel (1930-....)
Prost, Antoine (1933-....)
Psiuk, Thérèse
Quétel, Claude (1939-....)
Quidi, Marguerite
Quine, Willard (1908-2000)
Racine, Yves
Rancière, Jacques (1940)
Rancœur, Henri
Rappart, Philippe
Reboul, Olivier (1925-1992)
Regis, Emmanuel (1855-1918)
Remoussenard, Patricia
Renaudin, Emile
Revillot, Jean-Marie
Riché, Sophie
Rickman, John
Ricoeur, Paul (1913-2005)
Robert, Emilie
Rocher, Guy (1924-....)
Rogers, Carl (1902-1987)
Romanet, Stéphanie,

Ronjat, Abel.-Antoine (1827-1892)
Rose, Pierre
Roumieux, André (1932-....)
Rousseau, Jean.-Jacques (1712-1778)
Ruel, Michel
Rustin, Georges
Sabourin-Sivadon, Danielle (1937-....)
Sandel, Michael
Savoie, Philippe
Schiller, Maurice
Schön, Donald (1930-1997)
Sechehaye, Marguerite (1887-1964)
Ségalen, Victor (1878-1919)
Seguin, Edouard (1812-1880)
Sénèque (4 av.J.-C-65 ap.J.-C)
Sérieux, Paul (1864-1947)
Sevigny, Robert (1926-2015)
Simmel, Georg (1858-1918)
Simon, Herman (1867-1947)
Simon, Théodore (1873-1961)
Siou, Anne
Sivadon, Paul (1907-1992)
Soler, Léna
Soulet, Marc.-Henri (1953-....)
Soulet, Jean.-François (1942-....)
Spadone, Christian
Spenser, Herbert (1820-1903)
Spingler, Oswald (1880-1936)
Spinoza, Baruch (1632-1677)
Strickland, Loyd

Stylianidis, Stelios
Suppligeau, Marie.-Odile
Swain, Gladys (1945-1993)
Tacite (58-120)
Tarde, Gabriel (1843-1904)
Tardieu, Auguste (1818-1879)
Tenon, Jacques.-René (1724-1816)
Thiam, Yacine
Thibaut, John
Thomas, William (1863-1947)
Thuillier, Jean (1921-....)
Todorof, Tzvetan (1939-2017)
Tolédano, André Daniel
Torrubia, Horace (1917-1999)
Tosquellas, Jacques
Tosquelles, François (1912-1994)
Touraine, Alain (1925-....)
Tournier, Pierre (1950-....)
Trélat, Ulysse (1795-1879)
Turck, Léopold (1797-1887)
Valade Bernard (1942-....)
Valastro, Orazia.-Maria
Vasquez, Aïda (1937-2015)
Vialatoux, Joseph
Vandenberghé, Frédéric (1966-....)
Vergnes, Guillaume
Vérier, Delphine
Veyne, Paul (1930-....)
Vial, Jean
Vigarello, Georges (1941-....)

Vincent, Jean (1935-....)
Von Mises, Ludwig (1881-1973)
Von Buelzingsloewen, Isabelle (1964-....)
Vygotski, Lev (1896-1934)
Wallon, Henri (1879-1962)
Watiez, Patrick (1951-....)
Weber, Max (1864-1920)
Wing, Lorna
Wieviorka, Michel (1946-....)
Zac, Sylvain
Zafiroopoulos, Markos
Zanieki, Florian (1882-1958)
Zarifian, Edouard (1941-2007)

TABLE DES ENCARTS

Encart N°1 : Les débuts professionnel d'un infirmier en 1963 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).....	96
Encart N°2 : Infirmière évoquant ses débuts professionnels en 1965 (Entretien avec Krzyzaniak, 2015)	102
Encart N°3 : Infirmière relatant la dimension nocive de certaines pratiques psychiatriques en 1976 (entretien avec Krzyzaniak, 2015)	127
Encart N°4 : Evocation de la notion de rôle par une jeune interne en psychiatrie (Entretien avec Krzyzaniak, 2015).....	130
Encart N°5 : La problématique du pouvoir au quotidien, évoquée avec une infirmière cadre de santé ayant débuté son activité professionnelle en 1965 (entretien avec Krzyzaniak, 2015)..	134
Encart N°6 : La question des activités évoquée par un infirmier ayant fait ses débuts professionnels en 1963 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).....	139
Encart N°7 : Témoignage, par une infirmière exerçant depuis 1976 en psychiatrie, de l'importance que pouvait prendre l'activité sportive dans la prise en charge des malades (entretien avec Krzyzaniak, 2015)	155
Encart N°8 : Exemple de transformation des relations sociales entre des soignés et des soignants lors d'un « séjour thérapeutique ». (Krzyzaniak, 1980).....	167
Encart N°9 : Abord de la relation entre la formation et le quotidien par un infirmier diplômé en 1963 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).....	195
Encart N°10 : Evocation de l'évolution diplômante de la formation par un infirmier diplômé en 1963 (entretien avec Krzyzaniak, 2015).....	206
Encart N°11 : Problématique de la relation entre la phraséologie et la pratique, illustrée par un infirmier (entretien avec Krzyzaniak, 2015)	213
Encart N°12 : Témoignages de la complexité des relations entre des acteurs de soin (infirmier et médecin) en psychiatrie (entretiens avec Krzyzaniak, 2015).....	236

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES PHOTOGRAPHIES²³⁴

Portraits de G. Daumézon (1).....	28
G. Daumézon et l'équipe soignante de son service à Ste Anne en 1953 (3).....	40
Tableau de la Maison de Santé de Lommelet (Nord) en 1825 (2)	86
Dortoirs avec des lits en fer, Asile de Lommelet entre 1914 et 1918 (2).....	87
Salle de bains, Asile de Lommelet entre 1914 et 1918 (2)	87
Réfectoire, Asile de Lommelet entre 1914 et 1918 (2)	87
Cuisine, Hôpital psychiatrique de Lommelet vers 1950 (2).....	87
La classe des « petits » au pavillon Bourneville, Fleury-les Aubrais dans les années 1950/1960 (1)	112
Le jeu de tir à la corde entre filles et garçons, Fleury-les Aubrais dans les années 1950/1960 (1)	112
Le pavillon des Tranquilles, Fleury-les Aubrais dans les années 1950/1960 (1).....	113
La chapelle, Fleury-les Aubrais dans les années 1950/1960 (1)	113
La cour de la ferme de la Lignerolle, Fleury-les Aubrais dans les années 1950/1960 (1).....	113
Un dortoir, Fleury-les Aubrais dans les années 1950/1960 (1).....	113
Centre social, Hôpital psychiatrique de Lommelet dans les années 1960/70 (2).....	135
Atelier d'ergothérapie, Hôpital psychiatrique de Lommelet dans les années 1960/70 (2)	135
Piscine, Hôpital psychiatrique de Lommelet dans les années 1960/70 (2)	135
Salle de spectacle, Hôpital psychiatrique de Lommelet dans les années 1960/70 (2)	135
Annonce du second anniversaire du journal de l'établissement de Fleury-les-Aubrais : <i>l'Echo des Bruyères</i> (1)	157
Invitation à une kermesse, Etablissement de Fleury-les-Aubrais, 1949 (1).....	157

²³⁴ Sources : (1) Centre hospitalier départemental Georges Daumézon à Fleury-les Aubrais (2) Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise à St André-lez-Lille ; (3) Extrait de VST n°128, Avril-Mai 1980.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : L'aménagement de l'espace asilaire	77
Tableau N°2 : Relevé des points communs entre l'école (lieu où on enseigne) et l'asile (lieu où l'on soigne) au XIX ^e siècle	78
Tableau N°3 : Le cercle de l'intérêt	220
Tableau N°4 : Correspondances entre les caractéristiques de la pédagogie institutionnelle selon J-P. Pourtois et H. Desmet et les démarches entreprises par G. Daumézon au titre de la psychothérapie institutionnelle.....	228
Tableau N°5 : Résultat du repérage de la fréquence des thématiques abordées lors des entretiens	259
Tableau N°6 : Prévalence des personnes souffrant de troubles mentaux en prison.....	264

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	6
PARTIE I. UNE THESE ET UN HOMME	11
Chapitre 1. La thèse et son organisation	12
1.1. La problématisation de l'œuvre de G. Daumézon.....	12
1.2. La socio-biographie.....	16
1.3. Les ressources et sources mobilisées	20
1.3.1. Introduction	20
1.3.2. Les sources écrites	21
1.3.3. Les sources orales.....	22
1.3.4. Les sources photographiques et filmographiques.....	23
1.4. Les conditions de la mise en récit	24
1.4.1. Introduction	24
1.4.2. La question de la chronologie.....	24
1.4.3. La question des savoirs et de leur capitalisation.....	25
1.4.4. La question de la subjectivité	27
Chapitre 2. G. Daumézon : Une personne, un personnage	28
2.1. Introduction	29
2.2. Le berceau cévenol d'un camisard et d'un scout	29
2.3. Un homme charismatique et contrasté	32
2.4. Une carrière brillante et diversifiée	35
2.4.1. Ses études et ses affectations professionnelles	35
2.4.2. De nombreuses et diverses activités	37
PARTIE II. LES PREALABLES A L'EXAMEN DES RELATIONS ETABLIES PAR G. DAUMEZON AVEC L'EDUCATION	41
Introduction de la seconde partie	42
Chapitre 1. Des définitions préliminaires au sujet de l'éducation	45
1.1. La notion d'éducation.....	45
1.2. Les fonctions de l'éducation	46
1.3. La pédagogie	47
1.4. L'enfance interpellée par l'éducation.....	48
1.5. L'éducation, la famille et la société	51
1.6. Conclusion.....	55

Chapitre 2. La rencontre de l'éducation et de la folie au XIX^e Siècle	58
2.1. Introduction	58
2.2. Education, progrès et folie	59
2.3. Enfance, folie et éducation	61
2.4. La naissance de l'éducation spécialisée	64
2.5. L'éducation et l'institution asilaire	66
2.6. L'asile et l'école selon J-P. Falret	70
Conclusion de la seconde partie	79

PARTIE III. LES DEBUTS PROFESSIONNELS DE G. DAUMEZON ET L'EXPERIENCE DE FLEURY-LES-AUBRAIS (1935-1951) 88

Chapitre 1. De ses débuts professionnels à la tragédie de la guerre (1935-1945) 89

1.1. Une thèse annonciatrice	89
1.1.1. Un constat initial.....	89
1.1.2. L'asile et le thérapeutique.....	93
1.1.3. La problématique de l'aliénation.....	97
1.1.4. L'institution psychiatrique selon G. Daumézon et E Goffman	98
1.1.5. G. Daumézon : l'éducation, la pédagogie et la formation.....	103
1.2. La guerre et le congrès de Montpellier.....	105
1.2.1. La guerre.....	105
1.2.2. La naissance de la psychothérapie institutionnelle.....	107

Chapitre 2. Le renouveau de la psychiatrie et l'expérience de Fleury-les-Aubrais (1945-1951)..... 113

2.1. Introduction	114
2.2. Les caractéristiques de l'institution asilaire selon G. Daumézon.....	118
2.2.1. La question générale de l'institution	118
2.2.1.1. Introduction.....	118
2.2.1.2. La socialisation	120
2.2.1.3. Institution, rites et déviances	125
2.2.2. Le point de vue de G. Daumézon	128
2.3. La mise en place des projets d'activités par G. Daumézon.....	136
2.3.1. L'importance des conceptions et des modalités de mise en place des projets	136
2.3.2. Les dimensions socialisantes et thérapeutiques des activités	140
2.3.3. Les principales réalisations entreprises	141
2.3.3.1. Introduction.....	141
2.3.3.2. L'activité travail et l'interpellation de l'éducation	142
2.3.3.3. Le quotidien et la naissance envisagée d'une clinique de l'activité	151
2.3.3.4. La particularité de la mise en place d'un journal	156
2.3.4. Conclusion sur la primauté du quotidien et la formation	160
2.3.4.1. La primauté du quotidien	160
2.3.4.2. La nécessité de la formation	162
2.4. La collaboration avec les CEMEA	169

2.4.1. Introduction sur la pédagogie active	169
2.4.2. Les intentions initiales	170
2.4.3. Le stage du chant	177
2.4.3.1. Avant le stage.....	178
2.4.3.2. Après le stage.....	179
2.4.3.3. La fin du stage.....	181
2.4.3.4. Conclusion	182
PARTIE IV. LE TEMPS DES COMBATS ET DE L'HERITAGE (1951-1979).....	183
Chapitre 1. Le temps des combats	184
1.1. Les rencontres de Sèvres	184
1.2. Le congrès de psychiatrie et de neurologie d'Auxerre de 1974.....	192
1.2.1. Le savoir du quotidien	192
1.2.2. Des idées formatrices novatrices	197
1.2.3. La problématique des savoirs	199
1.2.4. Les conséquences du congrès d'Auxerre.....	204
1.3. Le fil coupé de la psychiatrie	207
Chapitre 2. L'héritage.....	214
2.1. Son œuvre interrogée par les Sciences de l'éducation	214
2.1.1. Introduction	214
2.1.2. G. Daumézon et la fonction de socialisation de l'éducation	215
2.1.3. G. Daumézon et la notion de communauté éducative	217
2.1.4. G. Daumézon et la pédagogie de l'action et de l'intérêt	218
2.1.5. Les caractéristiques de la pédagogie institutionnelle de G. Daumézon	222
2.1.6. G. Daumézon pédagogue ?.....	229
2.2. La fin des institutions psychiatriques ?	238
2.3. G. Daumézon et le chaînon manquant de la psychanalyse ?	249
2.4. Le poids des combats : l'humaniste et le militant	252
2.5. La modernité des problématiques envisagées	257
2.5.1. Introduction	257
2.5.2. Caractéristiques des enquêtes	257
2.5.3. L'analyse des résultats.....	260
2.5.4. Conclusion.....	262
2.6. Un futur proche questionnant et inquiétant	263
2.6.1. Introduction	263
2.6.2. La normalisation des pratiques de soins	269
2.6.3. Les rapports entre la santé, l'éducation et l'ordre social	272
2.6.4. L'éducation à et pour la santé.....	274
2.6.5. L'éducation thérapeutique et les contraintes du quotidien	275
2.6.6. La question de la spécificité des savoirs infirmiers en psychiatrie	283
CONCLUSION GENERALE	289

BIBLIOGRAPHIE.....	294
INDEX DES NOMS PROPRES	326
TABLE DES ENCARTS.....	342
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES PHOTOGRAPHIES.....	343
TABLE DES TABLEAUX.....	344