

THIAROYE  
OU  
LES AVATARS D'UNE INSTITUTION

Patrick OSOUF, René COLLIGNON & Omar SYLLA

« Boo amee niit, niakuloo dara ».

N'aurais-tu que l'homme que rien ne te manquerait.

(Proverbe wolof).

« Les institutions créent des certitudes et dès qu'on les accepte, voilà le cœur apaisé, l'imagination enchaînée »

Ivan Illich, *Libérez l'avenir*, 1971.

« Puissance terrible de la répétition, terrible divinité !  
Attrait du vide qui vous entraîne toujours plus bas  
comme l'entonnoir d'un tourbillon dont les parois  
s'écartent... On le sait bien à la fin : ce n'est que la  
chute profonde, pécheresse, dans un monde où la ré-  
pétition vous mène un peu plus bas de degré en de-  
gré. »

Robert Musil, *L'homme sans qualités*.

## 1. Thiaroye, une institution marquée

Notre réflexion porte sur une tentative d'introduction d'une dynamique de changement dans un hôpital psychiatrique de type asilaire : l'hôpital de Thiaroye. Décidée fin 1975, cette expérience se poursuit actuellement. Elle vient s'inscrire dans la courte histoire de l'institution qui connut des tentatives répétées en ce sens par les différents psychiatres qui s'y sont succédés depuis sa création en 1960. Ce qui paraît faire question dans cette répétitivité c'est le sens même du désir de changer qui dans ses effets semble se clore en une figure compulsive /p. 81/ d'échec. À première vue, c'est une impression de fatalité asilaire inéluctable qui

s'impose à l'observateur, impression qui pèse de tout son poids dans tout projet de mutation. Thiaroye serait-il à jamais condamné à se figer en mémorial immuable de structures définies dans le cadre de l'héritage colonial ?

En 1975, après 15 ans d'existence, Thiaroye se présentait comme une institution hospitalière pouvant accueillir 250 malades distribués en trois pavillons d'hospitalisation, dont deux ayant le caractère classique de pavillons ouverts mais non mixtes. Le troisième, de création plus récente (1969) à vocation particulière, dit « pavillon des rafles » était destiné par l'administration à l'hébergement de malades errants et d'autres marginaux victimes des rafles policières en ville dans un temps où les exigences de mise en place d'une politique de promotion du tourisme semble passer aux yeux des pouvoirs publics par une intensification de la lutte contre ce qui a été défini comme « les encombrements humains » (*sic*). Une série de textes : arrêtés, décrets, circulaires, lois, situe le nouveau contexte institutionnel dont le Sénégal s'est doté depuis son accession à l'indépendance. La loi n° 75-80 relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés (*JORS*, n° 4436, 21 juillet 1975) qui régit désormais la pratique psychiatrique au Sénégal, ainsi que la création d'un comité national de lutte contre l'envahissement de Dakar par les mendiants, col-porteurs, lépreux et aliénés (arrêté 10 878 du 26 août 1971, *JORS*, n° 4186, 25 sept. 1971) s'inscrivent dans ce train de mesures constituant le cadre de l'exercice du psychiatre. L'organisation structurelle des services qui prévalait à Thiaroye en 1975 permettait donc l'hospitalisation sans mixité en service libre d'une soixantaine de pensionnaires dans chacun des pavillons d'origine et d'environ une centaine (100 à 120) en service fermé (3<sup>e</sup> pavillon). L'effectif du personnel, inchangé depuis, se composait de 39 soignants dont un surveillant général, trois assistants sociaux (à la fonction mal définie) et de deux infirmiers attachés à la pharmacie, et d'autre part de 23 administratifs et membres du personnel général dont un directeur et un gestionnaire. Annexe du CHU de Fann et de sa clinique psychiatrique

à l'origine, Thiaroye s'est vu accorder l'indépendance administrative en 1972. Cette autonomie nouvelle n'a cependant eu aucune incidence sur le /p. 83/ budget demeuré inchangé depuis 5 ans, situation rendant difficile la gestion d'un établissement de 250 lits initialement prévu pour cent.

Quelques données historiques et quelques éléments démographiques sont nécessaires pour situer l'environnement d'implantation de l'hôpital de Thiaroye et les finalités de sa fondation en 1960<sup>1</sup>.

Au moment du déclin de l'établissement de Gorée, la suppression de la traite et l'abolition de l'esclavage mettant en cause tout le système, le carrefour du Cap-Vert pour se maintenir comme pôle du commerce triangulaire dut changer d'orientation et opérer une mutation. Les effets économiques de la révolution industrielle en Europe, la nécessité d'approvisionnement régulier en matières premières et la recherche de marchés nouveaux, devaient faire porter la colonisation en Afrique même. Les conditions objectives d'une solide installation continentale se réalisaient. Il fallut l'exaspération des rivalités internationales

---

<sup>1</sup> Ces données sont reprises des travaux suivants : – Assane Seck, *Dakar, métropole ouest africaine*. Dakar, IFAN, 1970, 516 p. + 48 ill. et cartes (« Mémoire de l'IFAN », 85) ; – Abdoulaye Bara Diop, « Enquête sur la migration toucouleur à Dakar ». *Bull. IFAN*, 1960, n° 34 ; *Société Toucouleur et migration*, Dakar, IFAN, 1965, 232 p. ; – Marc Vernière, *Volontarisme d'État et spontanéisme populaire dans l'urbanisation du Tiers-Monde : formation et évolution des banlieues dakaroises*, Paris, EPHE. CNRS, 1973, 225 p. + carte ; « Campagne, ville, bidonville, banlieue : les migrations intra-urbaines vers Pikine. » *Cab. ORSTOM, Sci. Hum.*, 1973, x, 2-4 ; « L'expulsion des bidonvilles dakarois. Bouleversement d'une société urbaine de transition. Leçons d'enquêtes réalisées à Fass Paillotte et Guedj Awaye », *Psychopathologie africaine*, 1974, x, 321-351 ; – André Lericollais & Marc Vernière, « L'émigration toucouleur : du fleuve Sénégal à Dakar ». *Cab. ORSTOM, Sci. Hum.*, 1975, xii, 2 : 161-175 ; – Isidore Mbaye Dieng, « Déguerpissement des bidonvilles. Le cas de Nimzat et Angle-Mousse à Dakar », *Environnement africain*, sér. « Études et Recherches », 1977, 78/18, 33 p. ; – M. Sankalé, L. V. Thomas, P. Fougeyrollas, *Dakar en devenir*, Paris, Présence africaine, 1968.

de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour que les moyens décuplés soient mis en action en vue de l'organisation et de l'exploitation par la France de ses colonies d'Afrique occidentale à partir de Dakar comme tête de pont. La ville allait connaître un développement spectaculaire au XX<sup>e</sup> siècle. Au moment de la mise en place de l'appareil embryonnaire du Gouvernement général et où se construisaient les premiers éléments de l'équipement portuaire moderne, la ville bâtie /p. 84/ n'occupait guère que 2 km<sup>2</sup>, la commune de 6 à 7 km<sup>2</sup> pour une population recensée de 18 447 habitants en 1904. Soixante ans plus tard, la population était estimée à plus de 350 000 habitants pour une extension de la ville bâtie sur une superficie d'environ quinze fois supérieure à celle de la ville de 1905 ; les limites de la commune furent portées à 550 km<sup>2</sup> (loi du 19 janvier 1964) en prévision d'un doublement de la population vers 1980 (population de la nouvelle commune estimée à 517 000 habitants en 1964)<sup>2</sup>.

Création politique liée à l'organisation centralisée de l'administration et de l'exploitation de l'ex AOF, Dakar connut un développement surtout lié à sa fonction de métropole à forte concentration d'activités, moteur essentiel de sa croissance urbaine. La remise en question de l'organisation qui lui servait de support — Loi cadre en 1958 accordant la semi-autonomie aux territoires de l'ex-AOF, fin de la fédération en 1959, indépendance politique des territoires de l'AOF en 1960 — devait occasionner une crise. Perdant une grande partie de son arrière pays, son port et son industrie ne connurent pas le grand essor générateur d'emplois pour un flot sans cesse croissant de néo-citadins qu'un flux migratoire incessant, commencé aux lendemains de la seconde guerre mondiale, déversait sur la capitale en provenance de toutes les régions du pays et des pays voisins. Cet afflux d'immigrants campagnards assure à la capitale séné-

---

<sup>2</sup> Chiffres pour 1976 : Population générale : 5 114 633 habitants (25 hab./km<sup>2</sup>) dont 44 % de moins de 15 ans. Dakar : 798 000 hab., Pikine : 300 000 hab. Les dépenses de santé correspondent à 6,6 % du budget de l'État. *V<sup>e</sup> plan quadriennal de Développement économique et social 1977-1981*.

galaise une croissance démographique annuelle de 10 % (soit en gros un doublement de population tous les 10 ans), gonfle démesurément les vieux quartiers centraux qui se « taudifient » et surpeuple les bidonvilles en bordure de la zone industrielle portuaire. La situation était telle dès 1952, mais surtout à partir de 1960, que Dakar a éclaté dans le Cap-Vert sous une double modalité : 1) des dizaines de milliers de prolétaires dakarois furent expulsés de la Médina surpeuplée en voie de restructuration et des bidonvilles en destruction pour être recasés dans des lotissements d'urgence en banlieue : Dagoudane, Pikine et Guedj Awaye ; la ville nouvelle créée ex-nihilo /p. 85/ à cette fin comptait plus de 200 000 « déguerpis » en 1974 ; 2) depuis 1960 déjà, cette urbanisation périphérique régulière conforme au Plan Directeur d'Urbanisation du Cap-Vert se double d'une forte urbanisation spontanée : « extensions sauvages » (Pikine irrégulier).

C'est dans cette zone d'urbanisation nouvelle, que fut construit en 1960 un hôpital moderne à 18 km de Dakar. Sur bien des points, la description que nous livrait en 1965 Danielle Storper-Perez de cet hôpital restait encore valable en 1975 malgré les diverses tentatives d'aménagements institutionnels engagées par les responsables médicaux : « Situé dans une zone industrielle socialement flottante où toute une population devait apprendre à vivre la condition de prolétaire, les voisinages hasardeux, les mécanismes mal huilés d'une économie de marché, l'hôpital de Thiaroye se donna pour mission de resocialiser et de réentraîner au travail les malades chroniques. Mais ni le projet d'intégration des malades inconnus dans les villages alentours ni celui d'une ergothérapie dans des ateliers artisanaux n'aboutirent. La formule asilaire prévalut. Ces locaux sont en quelque sorte un tombeau qui ne s'entrouvre que pour quelques rares élus désormais marqués par leur interminable séjour en ces lieux »<sup>3</sup>. La situation en 1975 était plus préoccupante en-

---

<sup>3</sup> *La folie colonisée*, Paris. Maspero, 1974 (« textes à l'appui/psychiatrie »), p. 10. Il est à noter par ailleurs que, dès 1961, l'attention était déjà attirée par les psychiatres sur une certaine spécificité de Thiaroye risquant d'augurer d'une péjoration de son fonctionnement : « Le centre de Thiaroye, qui reçoit des

core, les mouvements migratoires s'étant amplifiés : peu nombreuse jusqu'en 1964, date d'entrée en vigueur de la loi sur le Domaine national, l'implantation spontanée (irrégulière) dominée par les Toucouleur originaires du fleuve qui jouissent de la complicité locale des Lebou s'accélère depuis 1966-1967.

Les mutations sociales : urbanisation régulière ou non, prolétarisation, chômage, accroissent notablement les risques pathogènes et l'hôpital de Thiaroye à ce titre est mal adapté à /p. 86/ la satisfaction des besoins en matière d'hygiène mentale. À titre indicatif, les normes préconisées par l'OMS (un psychiatre pour 10 000 habitants) ou celles plus modestes de Cuba (un pour 30 000 habitants) sont d'évidence inapplicables. Thiaroye disposait jusqu'en 1975 d'un seul psychiatre résident. Concurrentement les malades mentaux chroniques des institutions anciennes de l'intérieur (Le Lazaret de Saint-Louis fermé en 1975, le camp d'hébergement de Djimkore au Sénégal Oriental et le camp de Koutal-Kaolack vidés de leurs pensionnaires) étaient évacués sur Thiaroye, aggravant considérablement la sédimentation asilaire, déséquilibrant anormalement la répartition des hospitalisés et compromettant la qualité des soins.

Contemporain de l'avènement des neuroleptiques, de la psychothérapie institutionnelle, Thiaroye ne paraît pas avoir trouvé une identité structurale et fonctionnelle telle qu'il puisse se démarquer par rapport à son institution tutélaire le CHU de Fann et sa clinique de Psychiatrie. L'autonomie administrative récente (1972), loin de favoriser la transformation de l'image de l'institution auprès du public, de changer les rapports de l'environnement à la psychiatrie, semble au contraire avoir accentué dans une certaine mesure son caractère asilaire, accru sa fonction de « mauvais lieu » de repoussoir, de faire valoir pour

---

malades "chroniques", risque de voir se développer une structure asilaire qu'il est nécessaire de combattre » H. Collomb, J. Zwingelstein & H. Ayats : « Psychiatrie au Sénégal (conditions d'assistance, statistiques, perspectives) », *Bull. et Mém. Ecole nat. Méd. et de Pharm.*, Dakar, 1961, IX : 237-244.

le fonctionnement de Fann qu'il déleste à l'occasion des « mauvais malades » chroniques ou difficiles dans un contexte où les critères de rejet des malades sont de plus en plus lâches, la marge de tolérance du milieu de plus en plus étroite. Les nouvelles mesures légales, la loi 75-80 du 9 juillet 1975 et en particulier le décret 75-1092 du 23 octobre 1975 créant à Thiaroye un établissement spécialisé de type fermé destiné à l'internement des malades mentaux ayant fait l'objet d'une décision judiciaire (*JORS*, n°4456, 22 novembre 1975), viennent confirmer l'institution dans une vocation carcérale définie pour lui par les pouvoirs publics préoccupés au premier chef de police sociale. Ces dispositions nouvelles risquent de s'exercer souvent au détriment d'une politique thérapeutique plus souple mieux à même de répondre à une demande d'assistance de la population. Thiaroye, de par la place spécifique qui lui est assignée dans le dispositif psychiatrique sénégalais, est exemplaire — bien plus que Fann où une certaine illusion libertaire peut se donner plus facilement libre /p.87/ cours en raison même de l'existence de Thiaroye — de la constante contradiction de la position du psychiatre dans son exercice : thérapeute à l'écoule d'une demande individuelle à lui librement adressée, il subit par ailleurs les contraintes inhérentes à la pratique institutionnelle de la psychiatrie en tant que s'insérant dans un dispositif plus vaste à finalité de contrôle social. Il ne saurait échapper totalement aux implications, si déplaisantes lui soient-elles, du fonctionnement institutionnel où s'inscrit son action.

L'insuffisance numérique du personnel, son absence de formation spécialisée le plus souvent, sa dévalorisation au niveau professionnel et psychologique, constituaient autant de facteurs peu aptes à infléchir une stratégie de soins dans le sens de la constitution d'un milieu mieux apte à concourir à une désaliénation. Le manque de crédits par ailleurs, par delà les limitations qu'il comporte, devait paradoxalement jouer un rôle incitatif de recherche de moyens de fortune de mise en place empirique de structures d'accueil inspirée par l'attachement aux valeurs traditionnelles de convivialité, de respect du corps et du temps de la

fête ; une certaine place quelle que soit par ailleurs la précarité des conditions hôtelières, restait ménagée aux registres ludique et festif<sup>4</sup> qui ont pu survivre dans l'institution sans se parer du masque d'un supposé savoir psychiatisant, insigne d'un pouvoir dont la mutation sociale et technique aurait pu faire la couche. Les caractères de l'asile-prison n'étaient donc pas totalement en place, en particulier le clivage absolu soignant /soigné, la violence ordinaire, la médicalisation systématique des soins et le rejet répressif du malade.

Ces aspects relativement favorables étaient cependant dans l'ensemble occultés par une réalité institutionnelle organisée à partir d'une « maladie » de groupe. Le fait qu'une partie du personnel soignant était constituée de sujets physiquement et psychologiquement fragiles (12 % d'éthyliques, 12 % de psychopathes, indisciplinés délinquants divers, selon une statistique récente : Sylla, 1977) ne nous paraît pas déterminant en soi bien qu'il ait pu certainement avoir sa part de responsabilité dans la « maladie institutionnelle ». C'est au niveau du groupe /p. 88/ institutionnel global — constitué de soignants et du personnel administratif — que se repéraient les symptômes les plus évidents, susceptibles de dévoiler le caractère archaïque des relations interpersonnelles. L'immatunité psychologique des groupes qu'attestaient leurs positions de dépendance agressive vis-à-vis des instances d'autorité, le mode de fonctionnement régressif, paranoïaque dépressif, la rigidification des attitudes et des comportements constituaient autant d'éléments favorables à colorer un climat psychosocial quotidien de dépréciation, d'abandonnisme et de persécution.

Ces remarques introductives sont le reflet d'un certain discours du groupe dans les réunions institutionnelles<sup>5</sup>, discours infiltré de thèmes stéréotypés qui réanimaient la répétition mo-

---

<sup>4</sup> Jean Nizurugero, « La tradition dans la fête urbaine », *Psychopathologie africaine*, 1974, x, 3 : 353-379.

<sup>5</sup> Ces considérations générales méritent d'être étayées par l'analyse du matériel verbal des séances : la transcription et le commentaire de certains contenus figurent dans un travail actuellement en préparation (Sylla 1977).



notone des conflits. Les effets ravageurs du déficit narcissique du groupe, les modes de défense psychologiques et les attitudes réactionnelles oblitéraient toute possibilité objective de changer le type des relations interindividuelles, des relations à l'institution. L'illusion leurrante procurée par quelques manifestations fusionnelles : fêtes ou discours rassurants, ne pouvait masquer le morcellement institutionnel, l'incapacité fonctionnelle des équipes à organiser un lieu thérapeutique, ou même un lieu pour vivre et y travailler avec suffisamment de satisfaction. La réhabilitation de l'hôpital, en tant qu'instrument de soins, sa réanimation, en tant que lieu de vie pour les malades comme pour les groupes de soignants appelés à y établir des relations s'imposaient d'urgence. La crise institutionnelle motivait une « prise en charge » dont on espérait qu'elle efface progressivement les symptômes les plus alarmants.

Pour illustrer ce qui précède, on peut rapporter dans ses grandes lignes l'évolution d'un conflit institutionnel entre les équipes soignantes et l'équipe administrative. Plusieurs réunions institutionnelles s'étaient tenues au cours des deux premiers mois de l'expérience, autour du thème de la cuisine et de la nourriture sur lequel nous reviendrons.

/p. 89/ À la suite d'une réunion qui avait mobilisé beaucoup d'affects agressifs, matérialisés par un terrorisme verbal et une violence inhabituelle dans les échanges (insultes, accusations diverses à l'endroit du personnel administratif) le directeur de l'hôpital a pris la décision de muter disciplinairement une infirmière-major et une infirmière d'un service à un autre. Le propos n'est pas de discuter de l'opportunité d'une telle mesure : on peut cependant noter que cette décision n'avait fait l'objet d'aucune consultation ni des intéressées elles-mêmes ni des responsables médicaux. Ces derniers essayèrent immédiatement de réagir en protestant, en adressant des lettres aux instances supérieures ou en provoquant des rencontres de concertations sans que leurs efforts soient suivis d'effets.

L'échec du pouvoir médical fut très vivement ressenti par les équipes confrontées à ce fait de la réalité : les médecins ne sont

pas tout-puissants et dépendent eux-mêmes d'un ordre hiérarchisé. En projetant leur désir mégalomane sur la personne des médecins, les équipes de soins s'exposaient à ce type d'échec inscrit dans les limites d'une réalité à introjecter. Une longue période de réparation, de verbalisation et d'explication de ce processus fut nécessaire sans que l'on ait la certitude qu'un fait de ce genre ait constitué un élément finalement maturant pour l'équipe et l'institution, comme l'attestent souvent encore des interventions organisées autour d'une fantasmagorie d'abandon, d'échec et de mort : « Les médecins nous abandonnent » ... « Nous sommes des exclus, des numéros, on veut nous tuer. »

La décision de fermer le III<sup>e</sup> pavillon (pavillon des « raflés ») prise unilatéralement par les équipes soignantes peut constituer un autre volet dans le conflit latent les opposant à l'administration. Tout se passait comme si le clivage institutionnel organisait une sorte de fonctionnement en miroir avec surenchère d'agressivité et de violence tout à fait préjudiciables à l'équilibre psychologique des groupes. Quels que furent les motifs au niveau de la réalité, les justifications et les rationalisations (manque de personnel, difficulté d'assurer les soins, etc.) la décision de fermeture entraîna une réaction violente de la part des services ministériels, nous rappelant ainsi les limites du pouvoir médical, limites à nos propres désirs mégalomane. /p. 90/ Nous pûmes tirer la leçon de cette erreur d'appréciation de nos possibilités dans la suite du processus de changement et dans ses limites.

## II. Le changement. Limites et critiques

L'institution étant constituée de différents groupes en interaction réciproque et constituant par elle-même une sous-structure dans l'ensemble plus vaste de la société, tout processus de changement ou tout autre processus dynamique affectant l'un des éléments de ce qu'on peut appeler la gestalt institution-

nelle : l'environnement thérapeutique, les groupes soignants, administratif ou de malades, etc. sera susceptible d'avoir des effets sur les autres éléments. Alors que changer dans l'institution ? Et comment opérer ce changement ?

Les considérations précédentes apportent des éléments de réponse à la première question. Il s'agissait de tenter de réhabiliter un hôpital au niveau de sa fonction thérapeutique. Ce projet relativement vague supposait qu'un jugement de valeur porté sur cet instrument de soins ait justifié une action. Celle-ci pouvait aussi bien porter sur l'équilibre et la maturation psychologique des soignants, leur revalorisation narcissique et professionnelle, l'amélioration des conditions de travail, que sur le changement des conditions d'hospitalisation et de soins des malades, des modifications structurales dans l'institution entre autres. Pour les équipes soignantes, changer l'institution semblait vouloir signifier en particulier changer le mode de leurs propres relations internes avant d'espérer pouvoir changer celui de leurs relations aux malades d'une part, à la hiérarchie d'autre part il paraissait convenu qu'il s'agissait là d'un changement maturant, positif au niveau psychologique. Il était évident que cette orientation paraissait difficile à définir et à mettre en œuvre, *a priori*, dans la mesure où l'on n'avait pas une juste appréciation des possibilités d'évolution des groupes, du sens de leur désir, de leur demande éventuelle.

C'est pour cette raison, compte tenu des caractères spécifiques des équipes en question et du manque de cohésion institutionnelle, qu'il nous a paru essentiel de laisser s'organiser la demande de changement au niveau du groupe, plutôt que /p. 91/ d'adopter une attitude volontariste d'emblée. De nombreuses réunions d'équipes ont été mises sur pied. Les suggestions des médecins étaient discutées par les équipes jusqu'à ce qu'une décision collective se fasse jour. Ce qui a toujours paru évident à tous, c'est que l'hôpital était en train de perdre son statut de lieu de soins et qu'il fallait restaurer son image aux yeux du public comme à nos propres yeux, en faire de toute urgence un lieu différent. Cependant, l'accord autour des thèmes les plus

simples, tels que : devenir plus efficaces, travailler avec plus de plaisir, être bien ensemble, mieux se comprendre, mieux supporter les malades, se changer, changer l'hôpital ... nécessitait le retour à l'analyse précise des moyens de leurs possibilités d'utilisation et de leurs limites.

Il s'agissait en somme de répondre à la question : comment changer et jusqu'où changer ? La situation se présentait d'une façon générale comme un lieu de conflit sous-tendu de traditions ayant pour raison l'ordre symbolique de la rivalité de pouvoirs (médical, administratif) et de cultures (occidentale, africaine). Si un code spécifique de l'institution pouvait être déchiffré, il devait l'être au niveau des modèles choisis et de leur signification. Un modèle plaqué de type occidental, fortement inscrit dans une tradition psychiatrique évolutive, s'inspirant de la psychothérapie institutionnelle *stricto sensu* avait toute chance d'entraîner une situation de distorsion culturelle, source d'échec.

Par ailleurs, un autre écueil se présentait sous la forme d'une résistance au changement soulevée par un rythme d'évolution trop rapide ou un bouleversement trop radical des structures traditionnelles. Il convenait donc d'apprécier convenablement les possibilités de remise en question tant du côté de l'administration que de celui des soignants. Les résistances au changement étant inévitables, peut être appartenait-il aux équipes de faire qu'elles ne soient pas insurmontables au point d'entraîner le morcellement institutionnel ou la rupture.

À titre illustratif, la longue histoire de l'introduction des ateliers de cuisine dans les services m6rite d'être évoquée. Bien plus que les techniques du corps, la mixité, l'accompagnement des malades, la création d'ateliers occupationnels, c'est le changement organisé autour de la nourriture (cuisine, circulation /p. 92/ des vivres) et ses corollaires, qui paraît avoir suscité le plus de tension et originé les fantasmes les plus riches. L'analyse des moyens ne laissait aucun doute sur la possibilité d'introduction des ateliers de cuisine, dès le début de l'expérience ; le modèle en existait déjà et fonctionnait avec succès au CHU de Fann. Leur mise en œuvre à Thiaroye aura duré plus d'un an, à

l'issue d'une longue série de conflits, de tractations de tous ordres, marchandages, chantages, dans les détails desquels nous n'entrerons pas.

Tout a semblé se passer comme si l'institution (les administratifs) avait vécu la prise en charge partielle de l'alimentation des malades comme un défi à son pouvoir, comme une dépossession mettant en danger son statut. La cuisine représentait le désordre, la rupture avec un certain ordre symbolique, la transgression des lois : les soignants par là renonçaient à leur statut pour entrer dans des circuits dont ils étaient traditionnellement exclus, tout comme ils le font quand ils organisent de l'action sociale, de l'ergothérapie ou de la gestion de clubs thérapeutiques. Dans notre exemple, le processus généralement interprété sur le mode sensitif comme traduction d'un désir des équipes d'avoir droit de regard sur la gestion de l'hôpital, renvoie plutôt à notre sens à l'angoisse de dépossession, de mort d'une institution dont l'archaïsme rigide n'est pas sans évoquer la « mère structurellement psychotisante ». Les lents progrès opérés par la suite et finalement le démarrage d'une opération qui pourrait passer pour banale ailleurs, n'ont pas pour autant éteint toute l'activité fantasmatique ni les attitudes réactionnelles, les déplacements de l'agressivité liés à la frustration : à telle enseigne qu'une boutique-cantine, installée depuis, s'institue comme lieu de projection, « mauvais objet », dont la précarité de l'existence, liée au système symbolique oral, pose problème. La répétition inlassable du jeu pervers qui se joue autour des objets consommables (la nourriture) est un symptôme spécifique de l'institution, dont la fragilité est perçue à tous les niveaux, malades y compris.

Du choix des attitudes, enfin, devant les dogmes thérapeutiques dépendra l'évitement du risque de suraliénation dans l'institution. Il serait illusoire d'attendre un succès de l'expérience de changement en installant des contraintes encore plus coercitives que celles de l'asile au nom de la fidélité inconditionnelle /p. 93/ à des principes et à des dogmes thérapeutiques dont on ne sait, par ailleurs, s'ils ont leur place dans le système de va-

leurs symboliques. Le fait d'exiger des soignants des attitudes thérapeutiques rigoureuses alors que l'on n'est pas sûr d'une part de leur permettre de prendre totalement conscience de leurs possibilités psychologiques ou psychothérapeutiques, et qu'ils puissent les mettre en œuvre auprès des malades mentaux difficiles dans des situations d'exercice précaires, d'autre part de proposer des modèles technico-culturels adéquats, pourrait constituer une démarche favorable à l'émergence de processus paradoxaux voisins de celui de la double contrainte, du double lien (*double bind*), cause de conflits irréductibles supplémentaires<sup>6</sup>.

### III. Aménagements institutionnels

Le renforcement de l'équipe fut la première mesure prise : un médecin et deux internes en psychiatrie sont venus s'adjoindre au psychiatre résident en 1975. Depuis lors, se sont dessinés des processus évolutifs dans l'institution, selon les orientations discutées en groupe, et à partir de l'analyse permanente des moyens spécifiques, des situations et des capacités psychologiques, des équipes à intégrer le changement.

Une étude particulière, détaillée, des différentes situations institutionnelles et de la psychodynamique de leur changement serait nécessaire. Parmi les problèmes envisagés, citons au moins celui des modes d'hospitalisation et de l'introduction des accompagnants des malades à l'instar de ce qui est institutionnalisé à Fann<sup>7</sup>. Sans vouloir discuter ici des différents aspects de cette question, on peut dire cependant que cette mesure a grandement contribué à changer le caractère asilaire de l'hôpital à

---

<sup>6</sup> Watzlawick P., Weakland J.H. & Fish R., *Changements, paradoxes et psychothérapie* (trad. fr.), Paris, Le Seuil 1975 ; Furlan P., « Réflexions sur l'utilisation thérapeutique de la double contrainte » *Psychanalyse à l'Université*, 1976, 1, 2 : 313-328 ; Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J.H., "Toward a theory of Schizophrenia". *Behav. Sci.*, 1956, 1 : 251-264.

<sup>7</sup> Diop B. & Dorès M. « L'admission d'un accompagnant du malade à l'hôpital psychiatrique » *Perspectives psychiatriques*, 1976, v, 59 : 359-368.

divers titres. Le problème de la sédimentation /p. 94/ asilaire est en effet des plus aigus : quel qu'ait pu être le rythme des admissions, le taux des malades chroniques, héritiers de « l'asile pré-thérapeutique », n'a fait que croître dans des proportions exagérées, compromettant l'équilibre institutionnel. Certes, ce sédiment de « chronicité » est une nécessité<sup>8</sup> mais il convient que chaque unité de soins puisse définir pour sa part l'incidence et l'importance de la chronicité tolérable, en fonction des moyens de traitement, de l'équilibre budgétaire et de la demande dont l'institution est l'objet. Les chroniques, en outre, sont en quelque sorte l'indice du degré de tolérance d'une société vis-à-vis de ses fous. L'introduction d'une population réputée « saine » mentalement à l'hôpital a pu contribuer à changer le climat psychologique, à impulser de nouveaux processus au niveau de la dynamique des échanges et des circuits d'argent, de biens, etc., indépendamment du fait qu'ils s'y instituent comme des « co-thérapeutes » et comme des témoins privilégiés des techniques de relations et de soins aux malades.

Les accompagnants, les anciens malades, participent également à toutes les activités communautaires telles que les *pinç*<sup>9</sup>, les réunions de danses traditionnelles : *Sabaar*<sup>10</sup> qui ont toujours eu leur place à l'hôpital et qui se poursuivent.

À Thiaroye comme dans tous les hôpitaux psychiatriques africains ou européens, se vérifie la justesse du commentaire de Polack (1971) à propos des chroniques : « Les facteurs subjectifs de la chronicité viennent redoubler les déterminants économiques au fur et à mesure que les "sédimentaires" s'intègrent à la dimension historique ou mythique de l'hôpital. Par leur stéréotypie, leur capacité à mettre en place une activité rituelle,

---

<sup>8</sup> Polack J.-C., *La médecine du Capital* Paris, Maspéro, 1971, 222 p. (« Cahiers libres »).

<sup>9</sup> Dia A., *Une communauté thérapeutique : le pinth de Fann*. Mémoire pour le CES de Psychiatrie, Dakar, 1973, 127 p.

<sup>10</sup> Dia S. « Problème de réanimation d'une institution asilaire » 3<sup>e</sup> Congrès Pan-Africain de Psychiatrie. Khartoum, novembre 1972.

ces malades chroniques s'imposent petit à petit, comme des points de repère ».

Nous espérons, dans le cadre du changement au niveau de l'espace et de l'environnement (construction de cases, jardins, /p. 95/ etc.), pouvoir mobiliser un certain nombre de ces malades au sein des différents ateliers mis en place, animés par des infirmiers assez motivés et imaginatifs pour sortir des salles. En fait l'observation montre qu'une partie relativement faible du contingent a paru participer régulièrement à ces activités, environ une dizaine de réguliers, autant d'occasionnels, en très grande majorité des hommes, soit près du quart du total.

Les résistances soulevées par l'introduction de la mixité ne nous a pas semblé différer notablement de celles qui se font jour dans n'importe quel établissement psychiatrique. L'accompagnement des malades par un membre de leur famille, souvent une femme, a renforcé le processus de mixité, en particulier dans les deux pavillons d'origine, structurellement plus cohérents.

Nous ne ferons qu'évoquer ici les différentes autres formes de « thérapie occupationnelle » : les ateliers d'expression théâtrale, de danse, de jardinage... pour n'en dire que ce qui paraît essentiel. Un des objectifs des réunions institutionnelles ou de pavillon consistait justement en une sensibilisation des membres des équipes au possible caractère mobilisant de toute action collective dirigée ou non. Celle prise de conscience de l'effet thérapeutique au niveau du groupe n'était possible qu'au prix d'un travail de sensibilisation du personnel aux demandes des malades et à leurs possibilités d'investissement, au caractère de leurs projections. Un tel effort était aussi tributaire des capacités de mobilisation des Infirmiers hors du cadre rigide et médicalisant, figé par leur statut traditionnel. Une première remarque concerne la capacité d'écoute du malade asilaire. « À l'asile, le dire du patient est généralement moins entendu que son agir. Le médicament vient toujours protéger le soignant contre ce que le malade peut véhiculer comme angoisse (de



mort) et désir (sexuel) d'agression »<sup>11</sup>. Les attitudes des soignants de Thiaroye ne s'éloignent pas sensiblement de celles que l'on a pu rencontrer généralement dans toute institution de ce type. On peut se demander comment seront intégrées par les chroniques psychotiques, si elles peuvent l'être, /p. 96/ les modifications apportées à leur vie en milieu clos, à leur espace et à leurs objets, et quelle sera leur place dans un discours stéréotypé que l'on n'entend plus. « La parole apportée au médecin subit les effets d'une autre parole véhiculée dans l'institution. Le « malade » est porté par un certain langage institutionnel, il parle d'un lieu où se jouent à des degrés vers des conflits persécutifs propres à la vie en milieu clos... Les structures de l'institution lorsqu'elles ne permettent pas aux émotions de se traduire dans une sorte de remaniement dialectique, figent le sujet dans des défenses à allure stéréotypées. Il se présente dans le vêtement de la folie que lui a fourni la psychiatrie classique » (Mannoni 1970).

Il nous a bien fallu pointer dans le discours de certains chroniques la verbalisation d'affects anxieux devant le changement et surtout les réactions des personnels soignants prenant leurs mots au pied de la lettre, sur le mode stéréotypé de la non-écoute ou du rejet agressif. On ne reconnaît plus les endroits » ... « On est perdu » ... « On n'est plus chez soi » ... « ça a trop vite changé » ... « ce n'est pas la vie » ... « c'est trop différent », etc. sont parmi certaines réactions verbales entendues. En un sens et par cela suraliénés, les malades eux-mêmes ne tiennent pas à quelque changement que ce soit, car une brisure éventuelle de la rigidité et de la constance du cadre les atteindrait persécutivement en faisant surgir ce qu'ils ont eu tant de mal à réprimer. Le malade, aidé en cela par le fonctionnement institutionnel, pose la persécution en dehors de lui, renonce à toute lutte : ses pulsions agressives sont intégrées dans les rouages stéréotypés de l'institution et si elles se manifestent

---

<sup>11</sup> Mannoni M., *Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1970 (« Le Champ freudien »).

sous forme de passages à l'acte divers (bris de carreaux, violences...) elles ne sont perçues que pour confirmer « l'anormalité » du sujet. C'est bien là qu'est atteint le but suprême de démission et de résignation de l'interné, dont peut en dernier lieu se féliciter l'institution. « Modelé par l'institution asilaire, le patient finit par devenir hostile à tout changement, il se fait conservateur des us et coutumes du lieu dans lequel il s'est, bon gré mal gré, inséré. Tout est en place pour que se figent à jamais les fonctions de bourreaux et de victimes » (Mannoni 1970).

Pris au pied de la lettre, le discours asilaire est en général perçu comme résistance au changement, projection sans doute /p. 97/ des propres attitudes psychologiques du personnel, sans jamais qu'il soit fait référence à l'imaginaire du psychotique et à ses sentiments de profonde déstructuration. La reprise de ce discours en groupe et l'analyse de ce qu'il dévoile reste encore rarement possible. Ceci nous amène à formuler une dernière remarque qui porte sur la formation. Il paraît évident qu'un changement institutionnel dans le sens de l'organisation thérapeutique ne peut éviter de susciter un désir de formation chez les soignants, de formation plutôt que de savoir au sens académique : dans cette hypothèse, l'institution et les nouvelles dispositions relatives à l'assistance mentale devraient ouvrir des possibilités d'ouverture du champ réflexif et des possibilités de mise à jour des capacités thérapeutiques sous peine de condamner les soignants à la « chronicité ».

À notre niveau, d'une manière générale, c'est la systématisation des réunions de groupe, et leur diversification qui a permis d'initier une certaine dynamique institutionnelle. Quoi qu'il en soit, au bout de 18 mois, il est incontestable que le climat asilaire se soit en partie modifié au bénéfice d'une nouvelle image de l'institution. Malgré la précarité de l'équilibre psychologique, de la stabilité affective et de la formation des équipes, malgré les avatars sociaux et administratifs, le projet de changement organisé autour du réinvestissement du malade par des soignants aptes à vivre ensemble dans un système moins conflictuel et plus valorisant, a pu prendre place. Il devra se poursuivre, au

risque d'introduire un certain changement de l'ordre des choses et à la condition d'intégrer normalement les données de la réalité et de soumettre ce qui se joue à tous les niveaux, à une analyse critique permanente en groupe.

#### IV. Incidence sur quelques aspects de l'institution

La pratique en institution se caractérise souvent par un certain éclectisme tout empirique dans le recours à des techniques juxtaposant ou combinant des démarches parfois fort hétérogènes : traditionnelles et sophistiquées, médicamenteuses et psychologiques... pas nécessairement conciliables ou adéquates en fonction des besoins locaux, des possibilités institutionnelles /p. 98/ du moment (maturité et formation des équipes soignantes)... ; c'est l'analyse de leur utilisation par le personnel, avec lui, dans le cadre des objectifs définis par le collectif, qui permettra d'asseoir une possibilité d'entretien d'une dynamique institutionnelle \*toujours à nouveau à relancer.

Parmi les composantes du milieu hospitalier sur lesquelles une inflexion de l'effort de changement a porté, deux — l'une matérielle, l'autre fonctionnelle — retiendront ici un instant notre attention (les autres devant faire plus particulièrement l'objet d'un travail en préparation : O. Sylla) : les problèmes liés à l'organisation de l'espace (environnement spatial envisagé comme possible élément structurant dans la cure) et l'administration des médicaments psychotropes. Ces éléments nous paraissent présenter l'avantage d'être plus immédiatement accessibles à l'analyse en groupe sans risque majeur de mise en question directe des équipes, de danger institutionnel d'aggravation des conflits entre administratifs et soignants. Chargés de valences symboliques sans doute aussi lourdes que la relation à l'autre par le corps ou la parole, l'espace et le médicament sont des éléments du milieu hospitalier les plus immédiatement appréhendés par des psychotiques : l'hôpital n'est-il point d'abord un lieu où vivre et y trouver des soins ?

#### 4. 1. *L'espace*

L'institution psychiatrique destinée à la prise en charge avant tout des malades les plus profondément déstructurés, dans sa forme classique asilaire par la territorialisation qu'elle institue entre un dedans et un dehors vient rencontrer une problématique profonde du psychotique : celle des limites spatiales de la construction du corps propre, infrastructure défaillante chez le psychotique, mais assise nécessaire à tout accès à ce qui sera plus tard la temporalité dans la construction d'une subjectivité historisante<sup>12</sup>. Faute d'un modèle architectural et /p. 99/ d'organisation spatiale thérapeutique univoque<sup>13</sup>, — et pour cause — il paraît important de ménager dans le concret une certaine souplesse de modulation des espaces, telle qu'un éventail de possibilités différenciées d'investissements soit disponible aux malades.

Il y a dans cette perspective des conditions minimales à respecter pour favoriser l'émergence de transferts relationnels multifocaux : itinéraires personnels, rencontres, possibilités de choix. Une organisation topologique cohérente devrait aménager : la liberté de circulation, des lieux structurés concrets (ateliers, services, cuisine, etc.) élevés au statut de lieux thérapeutiques, des lieux peu structurés, plus indifférenciés (lieux vides ou vacuolaires<sup>14</sup>) ; des contrats facilement révisables d'entrée et de sortie, sinon transgressables dans les limites convenues et

---

<sup>12</sup> Voir en particulier les remarquables travaux sur l'analyse des psychotiques de Gisela Pankow, *L'homme et sa psychose*, Paris, Aubier Montaigne (« La chair et l'esprit »), 1969 ; « La dynamique de l'espace et le temps vécu », *Critique*, 1972, n°297, 165-182...

<sup>13</sup> Pour une rapide revue de la littérature sur le sujet, voir Patrick Osouf & Michel Boussat, « Architecture psychiatrique et organisation de l'espace du malade ». Compte rendu de la séance du 11 janvier 1976 de la Société de Psychopathologie et d'Hygiène Mentale de Dakar, in *Psychopathologie africaine* 1976, XII, 2 : 293-301.

<sup>14</sup> Félix Guattari « La transversalité », *Revue de Psychothérapie institutionnelle*, 1965, 1 : 91-108.

discutées ; un accueil permanent disposant de clôtures symboliques et de médiations. Tout ceci exigeant un « déblayage des artéfacts », selon l'expression de Oury, de tout ce qui gêne l'application des principes ci-dessus : analyse du complexe psychosocial par des systèmes de gestion concrets pris en charge par les intéressés, dialectiques des rôles, des statuts etc. »<sup>15</sup>.

À Thiaroye, la conception architecturale lors de sa création s'inscrivait dans le schéma asilaire classique : deux pavillons d'hospitalisation bien distincts dotés chacun de cellules d'isolement, reliés à une cuisine centrale par un couloir protégé, et flanqués chacun d'une cour fermée de grilles. En 1969 s'y est adjoint un pavillon isolé (pavillon des « raflés »). Le bâtiment administratif, distinct de l'ensemble, constitue une aile au /p. 100/ volume architectural formé par les lieux d'hospitalisation. Modèle asilaire sans originalité donc, parfaitement fonctionnel comme instrument de renfermement ségrégatif, aucune ouverture libre dans les services, pas de circuits spontanés, aucun espace d'activités communautaires, à l'exception toutefois d'un espace libre près de l'entrée de l'hôpital réservé à la danse (*sabaar*) et à la fête des malades.

Une tentative de modification architecturale, même ponctuelle, dans un ensemble aussi cohérent n'était guère possible. On se tourna donc vers l'espace libre, un désert de 10 ha enclos d'un mur ininterrompu, qu'on s'employa à investir. La situation fut analysée au cours de réunions institutionnelles et un accord s'est dégagé progressivement autour de plusieurs thèmes simples : 1) ouverture des grilles fermant les cours ; 2) construction de paillottes de réunions (*piné*) hors des murs des services afin d'investir progressivement les espaces déserts (terrains vagues) ; 3) repérage des circuits nouveaux spontanément in-

---

<sup>15</sup> Jean Oury, « Thérapeutique institutionnelle » *EMC (psychiatrie)* 1972, 37930 G 10. Voir également du même auteur : « L'ici et maintenant et la notion de lieu dans la psychothérapie institutionnelle ». *Revue de psychothérapie institutionnelle*, 1965, 1 : 59-70 ; « Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle » *Recherches*, 1967 (n° spécial « Enfance aliénée »), 215-226.

vestis par les malades. S'est ainsi édifié un espace communautaire, embryon d'un futur forum « sauvage » constitué de deux baraques ; une épicerie débit de boissons, cantine, cuisine, et une baraque atelier de peinture et menuiserie.

À cet ensemble s'est ajouté un jardin et ensuite une vaste case destinée à l'expression théâtrale et aux expositions. Cette zone très investie par les malades se situe à proximité de l'entrée de l'hôpital, à l'écart des bâtiments hospitaliers. Il nous a paru intéressant d'appuyer le courant qui se dessinait là dans le sens d'une diversification des modèles structuraux — types de construction, de matériaux de valeur fonctionnelle différente — et la mise en place de circuits d'échanges très actifs entre les gens du dehors et ceux du dedans, non malades et malades. Ce marquage symbolique de l'espace d'échange s'est opéré encore plus nettement lors de l'admission des accompagnants — catégorie des « non malades » qui détenait, en principe, un pouvoir économique plus important et qui a grandement contribué à accentuer la dynamique des échanges intra-hospitaliers. Zone purement fonctionnelle à l'origine, elle a accédé en quelques mois au statut d'espace thérapeutique dans la mesure où des groupes de malades l'investissaient de plus en plus fréquemment et qu'ils y étaient pris en charge de façon /p. 101/ tout à fait spontanée, et adogmatique, par des soignants ou des « thérapeutes bénévoles ». Cet espace a été nommé, non sans humour, « Pavillon IV » par les malades.

4) Construction d'un habitat original fondamentalement différent des pavillons existants. Cette opération évidemment la plus importante du programme initial tentait de répondre à plusieurs exigences : — ouvrir le service et habiter l'espace ; — revenir à un habitat de dimension humaine, communautaire et traditionnelle ; — inventer un habitat diversifié adapté aux types de malades et à leur niveau de socialisation ; — permettre un certain degré de liberté dans le choix de l'investissement de l'espace et des structures, et des possibilités de passage d'un type d'habitat à un autre ; — considérer les structures, les lieux d'habitation comme des éléments thérapeutiques ; — faire par-

ticiper les malades à la conception et à la construction de leur lieu de séjour.

Un premier programme a été lancé en 1976 grâce à plusieurs donations privées. n consistait en l'édification de trois types de cases en dur, à toit de chaume, différentes par leur forme et leur groupement. Un premier groupe de 5 cases avec paillotte de réunions correspondait au modèle théorique du village très « régressé » de type utérin : cases en rond, entourée d'une palissade resserrées autour d'un espace communautaire, à proximité du pavillon des femmes (village I). Un deuxième groupe de cases regroupées suivant un modèle plus diversifié et plus socialisé, plus ouvert, destiné à des malades moins régressés et à un stade de socialisation ou de guérison avancé (village II). Un troisième groupe constitué de cases doubles, permettant une vie communautaire quasi normale avec activités sociales, échanges très diversifiés (village III).

Dans les premiers mois de l'année 1977, la première tranche du programme s'est achevée par la mise en place des trois structures habitables (15 cases), d'une vaste case collective, d'une case destinée au théâtre et aux représentations artistiques, d'une case de consultation, de trois pailottes réservées aux activités de groupe et de deux baraques. À cet ensemble sont venus s'adjoindre des espaces cultivés, jardins potagers en cours d'exploitation. Les premiers malades ont pu être hospitalisés avec leurs accompagnants dans les nouvelles structures /p. 102/ d'accueil. Le coût de ces réalisations équivaut sensiblement à 1/10<sup>e</sup> du budget annuel de l'hôpital.

Une seconde tranche de travaux pourrait être lancée dans le courant de l'année et les projets de financement en cours d'étude sont acceptés, tant par la Fondation Nationale d'Action Sociale du Sénégal (FNASS) que par divers organismes semi-publics ou privés. Enfin, une association d'assistance aux malades mentaux a été créée en vue de recueillir des fonds privés : elle doit prochainement être reconnue d'utilité publique. Cette seconde tranche prévoit une structure hospitalière de 9 cases, des équipements divers tels que : installations sanitaires, buan-

derie, des ateliers de thérapie occupationnelle : élevage ; un projet de forage de 10 puits destinés à l'arrosage des cultures qui seront étendues doit être exécuté par les services de l'Hydraulique du Ministère du Développement Rural et de l'Agriculture.

Dans un avenir plus lointain, un projet de création d'hôpitaux de jour et de nuit, ainsi qu'une consultation infantile devra prendre corps en liaison avec le service de psychiatrie sociale, et les responsables du secteur.

Cependant, ce ne sont peut-être pas tant les réalisations matérielles qui méritent considération que l'impact sur le climat institutionnel, sur le processus de changement dans la réalité et dans l'imaginaire collectif. À ce titre, une expérience de 18 mois est trop courte pour que l'on puisse dresser un véritable bilan. On peut seulement donner une esquisse des effets du changement qui se repèrent aux niveaux différents du groupe social institutionnel. Les effets thérapeutiques en premier lieu paraissent se concrétiser par de nouveaux investissements de l'espace et des objets par les malades : la multiplication des circuits de déambulation leur offre des lieux médiatisés de rencontre favorisant la projection et l'expression. On note en particulier de nombreux changements comportementaux chez les vieux chroniques asilaires avec qui de nouvelles relations peuvent s'établir. Tel déambulateur stéréotypé modifiera son trajet rigidifié pour s'arrêter près des baraques ou dans la case de théâtre où il pourra réinvestir une relation orale perdue. La multiplication des lieux de parole et de rencontre spontanée, informelle, origine quotidiennement des situations relationnelles /p. 103/ et psycho-affectives différentes, souvent encouragées par les non-malades (accompagnants) introduits depuis un an dans l'institution. Ces nouveaux lieux et nouveaux stimuli ont paru s'intérioriser au point de prendre place dans le discours de certains chroniques, vieux schizophrènes asilaires ou déments que l'on n'écoutait plus.

Oury soulignait à Milan en 1975 que : « Le transfert chez le psychotique, ne peut se faire que sur une multiplicité de points :



personnes, lieux, choses, langages, habitudes. Or cette multiplicité de points de transfert nécessite la présence de plusieurs personnes et de différents lieux. Lorsqu'on rencontre un psychotique, ce n'est qu'une partie très souvent minime de l'investissement transférentiel qui est en question [...]. Dans un lieu où il y a des psychotiques, [...] il faut se méfier d'avoir de grandes idées, de "grandes idées" sur la psychanalyse entre autres. Aborder le psychotique même dans une relation très technique, très spécialisée, ne peut se faire que si, à l'arrière plan, il y a possibilité d'existence qui soit préservée, et pas simplement préservée mais construite. Un schizophrène vit dans une espèce de vide auquel on doit avoir accès pour lui créer ce que j'appelle un site, un lieu où mettre les pieds, pour tisser quelque chose... faire une sorte de "rafistolage". Il faut bien le dire : étant donné le grand nombre de psychotiques et le peu de techniques, le peu de compréhension qu'on en a, on ne se borne souvent qu'à ça, et c'est déjà pas si mal »<sup>16</sup>.

Au niveau du personnel soignant, la réorganisation spatiale nous paraît encourager les tendances aux investissements communautaires, consacrant la levée des limites entre les services et du cloisonnement figé entre les équipes : des lieux de rencontre et de parole vécus et habités de façon informelle, permettent une approche différente du malade, hors des stéréotypes pavillonnaires, plus proche d'une vie réelle. Le remodelage de l'espace auquel a participé le personnel a été l'occasion d'une participation à une création collective née d'une décision de groupe. On peut de ce fait affirmer que le changement spatio-structural a permis un début de mutation des attitudes et de la /p. 104/ sensibilité des groupes, stimulant leur imagination et surtout contribuant à une certaine revalorisation ou restauration narcissique. Le changement en tant que créateur de médiations

---

<sup>16</sup> « Sur la pratique ». Intervention au cours d'un débat lors du Colloque de Psychothérapie institutionnelle, Milan, avril 1975. in *Sexualité et pouvoir*, Paris. Payot, 1976 : 93-108.

nouvelles entre soignants et soignés a pu révéler au personnel ses nouvelles possibilités relationnelles et thérapeutiques dans un climat radicalement différent de celui du pavillon. Il a pu, d'une certaine manière, modifier les habitudes figées, routinières, en mettant en lumière le fait qu'il n'y a pas deux espaces privilégiés à l'hôpital psychiatrique, l'un pour les soins l'autre pour la vie, mais que tous les lieux, objets ou paroles ont ou devraient avoir un sens thérapeutique.

#### 4. 2. *Le médicament*

Une perspective médicalisante affirmerait que les drogues psychotropes, adjointes à quelques autres procédés biologiques, constituent l'instrument de soins privilégié dont disposent les établissements psychiatriques. Cependant, les recherches modernes sur la psychologie de la prescription, dont Balint<sup>17</sup> fut un des pionniers, menées conjointement aux travaux sur l'institution et la psychothérapie institutionnelle depuis 30 ans en France et à l'étranger, permettent de nuancer considérablement les positions dogmatiques qui présidèrent à l'avènement des drogues neuroleptiques. Même si les options thérapeutiques d'une institution de soins ne remettent pas en cause l'usage de telles drogues, il serait nécessaire de reconsidérer leur usage, leurs effets psychopharmacologiques et leur circulation. à la lumière des données de la psychologie relationnelle et de la psychodynamique des groupes.

Sans envisager l'ensemble des travaux portant sur la « relation chimiothérapique » ou la « relation médicamenteuse<sup>18</sup> », il peut être utile de rappeler quelques points théoriques en vue d'une réflexion collective. Cette réflexion s'avère d'autant plus nécessaire que le besoin de la mener ne paraît pas toujours

---

<sup>17</sup> *Le médecin, son malade et la maladie* (trad. fr.), Paris, Payot, 1966.

<sup>18</sup> Racamier P. & Carretier L., « Relation psychothérapeutique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique » in Lambert P.-A., *La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*, Paris, Masson, 1965 : 58-82.

/p. 105/ pouvoir s'exprimer, du fait du manque de formation des soignants et aussi de la structure de l'institution. D'autre part, la relation chimiothérapique en milieu transculturel est un champ de recherche très fécond si l'on admet que se jouent là de multiples processus transférentiels difficilement analysables ; elle permet la mise au jour de conflits, d'affects et l'émergence d'attitudes réactionnelles liées à la différence de culture, à l'ambiguïté des rôles et aux discordances des valeurs communément reconnues du côté des malades comme du côté des soignants.

Dans la perspective institutionnelle qui est celle où s'inscrit la prescription dans un établissement psychiatrique, l'image des neuroleptiques représente un compromis transactionnel entre le malade, sa famille et l'institution. La thérapie médicamenteuse constitue une des modalités les plus adéquates du rapport que les partenaires sont capables d'établir entre eux, compte tenu de leurs besoins affectifs et défensifs. La question posée à l'occasion d'une évolution institutionnelle est de savoir ce que devient la fonction collective du médicament quand l'intérêt se porte sur la façon de le prescrire, sur les modes d'administration et sur sa valeur symbolique.

Comme le souligne Racamier : « ce qu'il y a de remarquable avec les médicaments. C'est qu'ils sont capables d'exercer toutes les fonctions (un intermédiaire, agent de médiation entre malade et thérapeute, un événement de l'angoisse, un véhicule inconscient des pulsions mal acceptées, réponse ou non-réponse, une manifestation de puissance magique du médecin, etc.) sans qu'un seul mot soit échangé, sans qu'aucun de protagonistes en ait pris conscience<sup>19</sup> ». Cet aspect de la relation est particulièrement vérifiable dans une institution où d'une part la thérapie est organisée autour du médicament, où d'autre part les différences culturelles et linguistiques limitent singulièrement la relation verbale, et où enfin les équipes sont très dépendantes vis-à-vis du médecin et de la hiérarchie en général.

Il n'existe pas d'institutions psychiatriques, quelles que

---

<sup>19</sup> Racamier P.C. *et al. La psychanalyse sans divan*, Paris, Payot, 1970, 422 p.

soient leurs orientations théoriques, où l'on n'utilise pas de médicaments. Les moins asilaires d'entre elles dans leur conception /p. 106/ sont évidemment confrontées à ce qui se joue partout ailleurs : la violence, la mort, le morcellement psychotique... Le « corps » social que constitue l'institution de soins psychiatriques ne peut se définir seulement par la juxtaposition d'une équipe soignante hiérarchisée et d'un groupe de malades. La psychologie sociale, l'analyse des groupes nous incline à penser que l'institution est implicitement vécue par ses membres, qui se déprime, qui se morcelle et peut mourir : le groupe de soins a sa vie fantasmatique propre qui, si elle n'émerge pas forcément, n'en est pas moins décelable dans ses effets. Dans cette perspective, le médicament rappelons-le a la valeur symbolique d'une séquence de discours, celui que se tiennent les soignants entre eux, les soignants et les soignés, et ces derniers entre eux : ensemble dialectique difficilement déchiffrable hors de l'analyse institutionnelle.

L'observation de ce qui se fait dans un pavillon de psychiatrie est à cet égard fort éclairant. La prescription établie par le psychiatre, décidée à titre individuel lors d'une relation clinique duelle, ou à titre collectif lors de présentations ou de discussions de groupe, peut fort bien subir des avatars sensibles. Porteur d'une représentation du pouvoir médical, le médicament peut à ce titre être manipulé selon les attitudes inconscientes transférentielles du groupe vis-à-vis de l'organisation hiérarchique. La pratique quotidienne de la prescription avec participation collective des soignants se révèle très souvent incapable d'effacer ces symptômes institutionnels à peu près inévitables. Il n'est pas rare que les infirmiers prescrivent clandestinement, répartissent différemment les doses : bien plus, les malades eux-mêmes peuvent redistribuer tout ou partie de leurs médicaments à d'autres qu'ils jugent « plus malades qu'eux ».

La prescription médicamenteuse apparaît comme indissociable de tout l'ensemble des processus psychologiques qui régissent le fonctionnement d'une institution. Elle traduit en particulier le caractère des relations entre les soignants eux-mêmes et constitue un support matériel des affects qui circulent entre

eux : elle peut traduire le caractère des affects vis-à-vis de tel ou tel malade et imprimer de son poids la relation thérapeutique. Il est fréquent d'avoir à modifier dans des proportions considérables les doses de neuroleptiques de certains /p. 107/ malades en fonction du climat affectif, des tensions, des conflits du groupe. Il s'agit d'une banalité certes mais qui mérite d'être répétée lors même que l'on décide de valoriser l'impact collectif communautaire de la thérapie, au détriment de la relation duelle. C'est dire que le médicament psychiatrique manipulé comme fétiche, lancé comme projectile, dispersée ou amassé comme résidu, accède à un statut insoupçonné dans bien des cas. La prescription subit de ce fait des distorsions constantes, est affectée de glissements de sens qui exigent élucidation.

Quelques exemples de ce qui se joue autour de la chimiothérapie institutionnelle pourraient préciser si besoin en était ce qui la différencie de la prescription médicamenteuse de type médical. Ici le médecin prescrit seul en fonction du vécu de sa relation : il peut à la limite avoir à se défendre contre ce que le malade le plus violent ou le plus délirant interpelle en lui par l'agir de ses pulsions : une angoisse, une perte d'identité ou des fantasmes archaïques constamment mobilisés par la violence ou la mort possible. La chimiothérapie est issue de ce qui s'est joué dans la clinique individuelle. Par contre dans l'institution le vécu est partagé, transmis aux soignants : chaque membre du groupe est supposé confronté aux mêmes affects, aux mêmes tensions ou dangers. Ce que l'infirmière aura transmis au médecin de son vécu est fortement infiltré de ses attitudes psychologiques inconscientes tant vis-à-vis du malade que du groupe, de ses propres idiosyncrasies. Le savoir manipulé, interprété, déformé est en pratique totalement dépendant des effets psychosociaux du groupe. La qualité des soins, l'efficacité des traitements, les doses sont à ce titre des effets de la psychodynamique de l'équipe et de l'institution qu'il convient de saisir comme tels. La chimiothérapie institutionnelle est donc le lieu de projection de toutes sortes de fantasmes propres aux membres du personnel soignant de l'équipe et aux malades eux-mêmes, et doit faire l'objet d'une attention tout aussi constante que celle que l'on

porte à l'espace, la nourriture ou la sexualité par exemple. Elle sert de support symbolique aux interactions dans le groupe, dans le service ou dans l'hôpital, et entre comme tel dans le registre de l'économie du langage : la circulation des médicaments, leur prescription et leurs effets ne peuvent rester dans l'implicite, le non dit.

/p. 108/ L'illustration de ces notions est proposée constamment dans la vie d'un pavillon si l'on se réfère au mode de distribution des médicaments ou à leur administration, dans la cour, au lit, avec la nourriture, etc. Les erreurs, les oublis, les refus ou les tractations interminables, les échanges de médicament sinon les trafics clandestins forment la toile de fond de cette économie intérieure du médicament et alimentent les discussions de groupe comme celles des malades. À titre anecdotique, on peut noter que le médicament peut accéder à un statut de marchandise, d'objet négociable dans les circuits d'échanges institutionnels sans être vidé de son pouvoir thérapeutique réel ou imaginaire, magique d'objet fétiche : il semble contribuer à l'établissement de relations sociales privilégiées et se charge ainsi d'affects qui complexifient le champ psychologique du pavillon. Les non-malades (les accompagnants) en arrivent parfois à s'identifier à leurs malades au point de prendre les drogues à leur place, à les échanger, etc. en fonction de leurs propres investissements imaginaires ou de leurs représentations culturelles spécifiques. C'est dire que le sens profond de la thérapie a un aspect multiforme souvent difficile à repérer et expliciter.

L'utilisation de la chimiothérapie dans un contexte transculturel suggère au moins une remarque. Il est courant d'affirmer que la psychopharmacologie est une catégorie du savoir scientifique au service d'une sémiologie généralement reconnue dans un système culturel donné, d'une interprétation de symptômes qui renvoient à un code fermé sur lui-même.

Technologie de normalisation, de gommage des transgressions les plus bruyantes par rapport aux normes instituées de la société, le recours psychopharmacologique constitue un des

registres de l'action psychiatrique où la menace de s'abîmer au service de l'Ordre est la plus présente.

Souvent précaire, difficilement dosable, l'effet psychodynamique du groupe institutionnel, disons « la drogue institution » pour paraphraser Balint, permettrait théoriquement de moduler les réponses immédiates, de neutraliser les passages à l'acte et d'ouvrir sur les attitudes psychothérapeutiques avec intériorisation de la violence et atténuation de l'angoisse. La clinique transculturelle invite à nuancer avec prudence les résultats des /p. 109/ recherches dans le domaine de la pharmacodynamie, au prix de l'illusion confortable mais leurrante d'une assimilation de catégories sémiologiques fondamentalement différentes.

L'échec thérapeutique en pratique transculturelle ouvre sur des interrogations qui ne sont pas de pure forme. La « sédimentation asilaire », la « chronicité », la « névrose institutionnelle » sont des notions connues partout sans que ces échecs soient absolument imputables à des causes bien établies, formes des maladies, carences institutionnelles, action pathogène du milieu, erreurs de prescriptions, etc. Ici, plus qu'ailleurs peut-être, il devient très problématique d'apprécier de façon suffisamment convaincante l'impact de la iatrogénie sur l'évolution de certains malades : ses effets sont sans doute trop souvent occultés du fait de l'incertitude des modèles d'analyse et de l'inadéquation relative des concepts opératoires. Cet aspect de la pratique plaide, s'il en est encore besoin, en faveur d'une utilisation circonspecte de la chimiothérapie fondée sur le support psychosociologique institutionnel ou psychothérapeutique de quelque forme fut-il, soumis à la critique du groupe soignant, éventuellement remis en question en fonction des aptitudes ou des résistances qui se font jour. S'il est courant d'entendre énoncer dans l'institution cet aphorisme, « le psychiatre occidental soigne mais c'est le guérisseur qui guérit », c'est que le milieu reconnaît bien certains effets favorables des drogues et les services qui sont rendus aux malades mentaux par la psychopharmacologie moderne. Confiner cependant le psychiatre au rôle de « chi-

miatre » serait quelque peu abusif bien que tout le monde s'accorde avec Collomb à souligner les « difficultés qu'il y a pour le psychiatre occidental à exercer son métier dans un contexte culturel étranger et l'ambiguïté de son personnage lorsque, s'intéressant à la culture et aux représentations traditionnelles, il entre dans un circuit thérapeutique qui n'est pas le sien<sup>20</sup> ». En psychiatrie, plus encore qu'en médecine donc, le médicament n'a quelque chance d'être opérant que s'il s'inscrit dans un système de signifiants articulés à l'ensemble culturel auquel se réfère implicitement les membres de l'équipe thérapeutique et les malades. Le médicament /p. 110/ a sa place dans le discours des uns et des autres comme support d'un symbole qui est « parlé ». À cet égard, le sens du discours latent, implicite, du groupe pourrait être souvent interprété comme une annulation peu maîtrisable de l'effet « de l'équation personnelle » du thérapeute étranger dont les contradictions et les projections seraient ressenties comme anxiogènes et préjudiciables aux malades.

L'emploi des médicaments psychotropes et ses effets en milieu hospitalier peuvent donc être référés à deux grands aspects essentiels que de nombreux auteurs ont mis en lumière<sup>21</sup>. Ces aspects sont d'une part l'aspect économique au sens psychanalytique du terme, rappelant ce qui se passe dans la magie ou l'hypnose et qui s'articule avec les thérapeutiques de l'agir en passant par le corps, au même titre que la thérapie verbale ; et l'aspect symbolique d'autre part qui renvoie à un code de signification par rapport à l'ordre symbolique propre des malades ou à celui du contexte institutionnel où il évolue.

---

<sup>20</sup> « Ethnopsychiatrie et évolution de la schizophrénie » *Confrontations psychiatriques*, 1968, XII, 2 : 87-106.

<sup>21</sup> Green A. « Remarques méthodologiques sur l'interprétation des modes d'expression de certaines drogues psychotropes » *in* Lambert *op. cit.* 1965 ; « Du thérapeute au médicament » *Perspectives psychiatriques*, 1968. 21 : 35-43 ; Garrabé J, « Chimiothérapie et thérapie institutionnelle » *Actualités psychiatriques*, 1971, 6, 9-12 ; Guyotat J. & Marie-Cardine M., « Médicaments psychotropes et psychothérapies ». *EMC (psychiatrie)*, 1975, 10, 31820. B 90.



Ces considérations sont valables également pour l'interprétation de l'action chimiothérapique en milieu transculturel mais se compliquent du fait des discordances et des ambiguïtés touchant les différents modes de représentations des maladies mentales, et de compréhension de la fonction des thérapeutes<sup>22</sup>.

En outre, la prescription médicamenteuse en institution paraît indissociable des processus dynamiques du groupe aussi bien du registre de la réalité que de celui de l'imaginaire. La chimiothérapie est un des éléments constitutifs de la prise en charge des malades et ne devrait pas, en tant que telle, faire obstacle à l'abord psychothérapique du malade. Au contraire, elle devrait s'intégrer dans une stratégie de soins sans être plus valorisée que d'autres méthodes. Elle reflète enfin la qualité /p. 111/ thérapeutique propre à une institution par ses aspects les plus changeants et les plus contradictoires dans la mesure où elle peut être envisagée comme un support matériel à l'économie psychologique du groupe au sens large, participant de ce fait d'une dialectique dynamique ouverte, sans dogmatisme.

Patrick OSOUF, René COLLIGNON, Omar SYLLA  
B.P. 5097 Dakar-Fann (Sénégal)

---

<sup>22</sup> Collomb H. « Rencontre: de deux systèmes de soins. À propos des thérapeutiques des maladies mentales en Afrique ». *Social Sciences & Medicine*, 1973, 7 : 623-633.

RÉSUMÉ :

Réflexion sur une tentative d'introduction du changement dans une institution de type asilaire. Marqué par les conditions historiques de sa création, l'environnement dans lequel il est implanté et par la spécificité de la fonction qui lui est assignée dans le dispositif psychiatrique du Sénégal que vient renforcer et préciser une législation récente (1975), L'hôpital de Thiaroye est à ce titre plus représentatif des contradictions inhérentes à la pratique en institution publique que la clinique psychiatrique du CHU de Fann dont il a constitué longtemps l'annexe. On y mesure mieux, de façon plus accusée, les limites de toute tentative d'ouverture d'une pratique de prise en charge des malades mentaux qui se voudrait désaliénante.

SUMMARY :

THIAROYE : UPS AND DOWNS OF AN ASYLUM

Reflexion on an attempt to bring in changes in an asylum. Thiaroye hospital was founded in certain historical bases; it has a specific environment and a specific function in the Senegalese psychiatric system which has recently been re-enforced and specified by a set of laws (1975). Consequently, Thiaroye's hospital is more representative of the inherent contradictions or public institutions than the UTH psychiatric clinic of Fann, of which for a long time it used to be an annex. One can measure more easily and in a more acute way in Thiaroye's hospital the limits of any attempt to open a system of care for mentally ill people which heads to desalienate.