

## RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

**Matthieu Duprez**

**John Libbey Eurotext** | « *L'information psychiatrique* »

2008/10 Volume 84 | pages 907 à 912

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-10-page-907.htm>

---

!Pour citer cet article :

---

Matthieu Duprez, « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle », *L'information psychiatrique* 2008/10 (Volume 84), p. 907-912.

DOI 10.3917/inpsy.8410.0907

---

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

# Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle

Dr Matthieu Duprez

### RÉSUMÉ

La réhabilitation psychosociale constitue actuellement l'un des lieux de réflexion les plus féconds en matière de politique de santé mentale. Elle propose aussi des techniques spécifiques et éprouvées d'accompagnement aux personnes souffrant de pathologie mentale sévère, et se fonde sur des actions destinées à la fois à ces personnes et à la société dans son ensemble. L'auteur se propose de rendre compte des caractéristiques principales de ce mouvement et de les comparer à celles de la psychothérapie institutionnelle afin de déterminer en quoi cette dernière peut trouver dans la réhabilitation les conditions nécessaires à une actualisation des hypothèses fondamentales qui la traversent. Au-delà, c'est de la question du politique en psychiatrie dont il sera question.

**Mots clés :** réhabilitation psychosociale, psychose, psychothérapie institutionnelle, politique

### ABSTRACT

**Psychosocial rehabilitation and institutional psychotherapy.** Psychosocial rehabilitation is currently one of the richest areas of reflexion in the field of mental health policy. It proposes specific and tried and tested methods which are used to provide assistance to people with serious mental disorders, and are aimed both at these people and society as a whole. The author describes the primary characteristics of this movement and goes on to compare them with those of institutional psychotherapy in order to determine the extent to which institutional psychotherapy can find, in rehabilitation, the conditions required to update the fundamental hypotheses on which it is based. Beyond this, it becomes a question of mental health policy.

**Key words:** psychosocial rehabilitation, psychosis, institutional psychotherapy, policy

### RESUMEN

**Rehabilitación psicosocial y psicoterapia institucional.** La rehabilitación psicosocial constituye actualmente una de las reflexiones más fecundas en materia de política de salud mental. Propone técnicas específicas, cuya eficacia ha sido demostrada en el acompañamiento de personas con patologías mentales severas, que se basan en acciones destinadas tanto a esta personas como a la sociedad en su conjunto. El artículo pasa en revista las principales características de este movimiento y las compara a las de la psicoterapia institucional con el objetivo de determinar la forma en la que esta última puede encontrar en la rehabilitación una oportunidad de actualizar las hipótesis fundamentales en las que se funda. El artículo aborda también la cuestión de la política en psiquiatría.

**Palabras clave :** rehabilitación psicosocial, psicosis, psicoterapia institucional, política

CHS de Saint-Égrève, Unité Tosquelles, secteur G10, 3, rue de la Gare, BP 100, 38521 Saint-Égrève Cedex  
<mduprez@ch-saint-egreve.fr>

**Tirés à part :** Dr M. Duprez

## Introduction

Le mouvement de psychothérapie institutionnelle a vu le jour dans les suites de la seconde guerre mondiale sous l'impulsion d'un certain nombre de psychiatres préoccupés du soin aux psychotiques et des ravages que le conflit avait fait dans la population asilaire : devant le lourd et triste bilan de cette période (40 000 morts de faim et de maltraitance), et portés par les idées de la Résistance, plusieurs d'entre eux ont su mettre en œuvre et théoriser une pratique psychiatrique riche d'une réflexion politique constante. Ce n'est que plusieurs années après que le psychiatre catalan F. Tosquelles proposera de lire la psychothérapie institutionnelle au travers d'une image désormais célèbre : celle des deux « jambes » sur lesquelles repose cette pratique. Renvoyant aux travaux de ses contemporains il soulignera la double dimension, sociale et subjective, de cette approche des maladies mentales et des soins aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques au long cours : l'aliénation sociale (à laquelle répond une analyse sociologique et philosophique traversée des pensées de Marx, Hegel ou encore Sartre) et l'aliénation mentale (au sujet de laquelle, l'œuvre freudienne, enrichie de celle de ses successeurs, offre la possibilité d'une lecture dynamique des phénomènes transférentiels dont l'institution soignante se trouve être le théâtre).

Aujourd'hui un autre mouvement prend essor et gagne en importance au sein du monde psychiatrique, celui de réhabilitation psychosociale. Le dernier congrès organisé en mars 2008 à Versailles par le Comité français pour la réhabilitation psychosociale (CFRP) a permis d'en préciser les objets et objectifs. À cette occasion, le Dr D. Leguay [13] a proposé, lors d'une présentation synthétique du manifeste pour la réhabilitation psychosociale, rédigé il y a peu par les principaux acteurs du CFRP [14], de reprendre l'image de F. Tosquelles afin de l'appliquer à ce mouvement. Soulignant que la réhabilitation psychosociale comporte également deux volets (l'un qui s'adresse à la personne et l'autre à la société dans son ensemble), D. Leguay semblait souhaiter un certain rapprochement entre les pratiques de réhabilitation et celles de la psychothérapie institutionnelle.

Or si ce parallèle peut sembler séduisant au plan purement formel, il n'en demeure pas moins qu'il demande à être examiné de plus près afin d'évaluer en quoi psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale partagent un certain nombre de points communs. Nous proposons ici de rendre compte des caractéristiques propres à chacun de ces mouvements traversés par un questionnement politique fort, pour dans un second temps évaluer la pertinence d'un tel rapprochement. Plus précisément, il s'agira d'étudier dans quelle mesure le mouvement de réhabilitation psychosociale peut fournir les bases d'un renouveau, d'une actualisation de l'hypothèse fondant la psychothérapie institutionnelle.

## À propos de la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

Il s'agit d'un mouvement qui prend naissance voici une trentaine d'années dans certains pays du monde occidental alors qu'un processus de désinstitutionnalisation relativement précipité et mal pensé pousse un grand nombre de personnes souffrant de pathologies psychiatriques lourdes dans leurs familles, dans la rue ou en prison faute de ressources communautaires suffisantes. Si au départ ce sont avant tout des initiatives quelque peu éparses mais fondatrices, parmi lesquelles il faut retenir le mouvement des usagers américains WANA (« *We Are Not Alone* ») et le club psychosocial de Fountain House auquel il donnera naissance, la réhabilitation psychosociale va peu à peu se structurer sous la forme d'un mouvement international riche d'un grand nombre de pratiques et de pensées. Cette « unification dans la diversité » prend forme en particulier au sein de l'Association mondiale de réhabilitation psychosociale (AMPR ou WARP en anglais) qui énonce en 1996, conjointement avec l'Organisation mondiale de la santé, les principaux objectifs et grands axes de la réhabilitation [17] :

- réduction des symptômes de la maladie mentale et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux ;
- développement des compétences sociales ;
- travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- organisation des actions autour de la place centrale de l'usager ;
- accompagnement des familles et des proches.

Plusieurs définitions ont pu être données au cours des dernières décennies afin de préciser ce que recouvre la terminologie « réhabilitation psychosociale ». Pour M. Farkas [10], il peut s'agir autant de l'ensemble des interventions « *visant à aider les personnes souffrant de maladies mentales graves* » que d'actions plus ciblées, par exemple dans le domaine du travail. Elle définit donc la réhabilitation par son déroulement (« *somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet* ») et par son but (« *améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles* »). En ce qui nous concerne, nous retiendrons ici la proposition du CFRP qui met bien en lumière la double dimension à laquelle nous faisons référence plus haut [14] : « *La réhabilitation, c'est donc, conjointement, un ensemble d'actions*

*de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse, et plus apte à l'accueillir.* »

La première de ces dimensions s'adresse donc à la personne elle-même. Les actions qui en relèvent se démarquent pourtant des pratiques de soins psychiatriques plus traditionnelles ; elles viennent en complément de ces dernières, en tant que « valeur ajoutée » aux soins dispensés, en France, au sein du secteur psychiatrique. Comme le soulignent les membres du CFRP [14], il s'agit de porter un véritable « diagnostic de réhabilitation » sur la base :

- d'une évaluation fonctionnelle des capacités de la personne (autonomie, habiletés sociales...);
- d'une évaluation fonctionnelle des ressources personnelles disponibles ;
- des soutiens ou aides à rechercher ou à développer (disponibilité et vulnérabilité de l'entourage, en particulier familial) ;
- d'une définition des buts à atteindre (sociaux, résidentiels, éducationnels, professionnels...);
- de la mise au point des programmes d'intervention ;

À partir de ces informations régulièrement réactualisées, un grand nombre de techniques et de pratiques peuvent prétendre relever du mouvement de réhabilitation psychosociale. La toile de fond de cet ensemble est tissée des restes de la psychologie comportementaliste d'une part, et des recherches récentes dans le domaine des pathologies mentales sévères comme la schizophrénie d'autre part, en particulier en ce qui concerne les apports théoriques et pratiques de l'étude de la cognition humaine et de ces altérations. Les modalités principales de ces techniques sont le réentraînement aux habiletés sociales (*social skills training*) et la remédiation cognitive.

La mise en œuvre de ces interventions destinées à la personne est pensée, en termes de réhabilitation psychosociale, au sein de programmes complexes eux-mêmes structurés de concepts propres à ce mouvement. Dans cette perspective, nous retiendrons le concept de rétablissement (*recovery*) et la pratique du *case management*.

Si l'on se réfère à la conception que défend PE. Deegan [8], elle-même souffrante de schizophrénie et très impliquée dans le militantisme des usagers aux États-Unis, le rétablissement correspond avant tout à une dynamique singulière de transformation subjective bien éloignée d'un simple phénomène de restitution ou de restauration *ad integrum*. Il est un processus par lequel la personne touchée par une maladie mentale chemine au travers de cette expérience tout en construisant pas à pas quelque chose de l'ordre de sa subjectivité. Il s'agit de décrire la manière dont une personne sort de sa rencontre avec la maladie mentale, intégrant cette confrontation à un ensemble plus vaste qui, mis en mouvement, peut être à même de refonder quelques éléments participant à l'élaboration du lien social.

Quant au terme de « *case management* », il rend très bien compte de la philosophie générale à l'œuvre dans le mouvement de réhabilitation psychosociale. Le principal modèle entrant dans ce cadre est issu de la réflexion de deux auteurs américains (Stein et Test) qui ont travaillé à la fin des années 1970 à intégrer les principes de la réhabilitation psychosociale énoncés par RP. Liberman et WA. Anthony [1] dans une pratique associant soins et interventions sociales centrée sur le milieu de vie des patients : il s'agit du PACT, pour Program of Assertive Community Treatment. Il suppose un déplacement du lieu d'intervention depuis l'hôpital vers la communauté, en particulier le milieu de vie habituel du patient, et il associe, contrairement aux programmes centrés sur un seul secteur de la vie sociale, un ensemble de mesures et d'interventions prenant en compte les différents domaines (logement, profession, éducation, loisirs...) dans une perspective globale [12].

Finalement, l'idée est donc d'offrir un ensemble de services à la personne « à la carte », dans son milieu de vie, en associant soins et accompagnement social de manière coordonnée.

La seconde dimension du mouvement de réhabilitation psychosociale concerne la société dans sa globalité, et plus particulièrement l'organisation et l'attitude de celle-ci à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale. C'est à ce niveau que la réhabilitation psychosociale trouve sa fonction « politique » : dans une collaboration étroite des différents intervenants en santé mentale œuvrant pour une meilleure intégration sociale de ceux qu'il semble désormais convenu d'appeler les « usagers ». Dans la perspective de la réhabilitation, les personnes malades ne sont plus considérées comme seulement malades, mais bien comme des citoyens à part entière. L'objectif est donc de travailler à leur (re)donner une place pleine et entière au sein de l'espace social.

Cela commence par une philosophie singulière et un positionnement original vis-à-vis des personnes concernées, philosophie où l'usager est le maître d'œuvre des actions entreprises à son intention : il est placé au centre du dispositif et ses attentes et demandes fondent les interventions. La notion de projet de vie, reprise en France sous une autre forme au sein de la loi du 11 février 2005 [15], vient ainsi marquer une prise de distance par rapport au classique projet thérapeutique, et offrir le cadre conceptuel nécessaire à l'énonciation des attentes de la personne et des objectifs du travail de réhabilitation. De plus, une des caractéristiques principales de cette notion est qu'elle est éminemment évolutive au fur et à mesure du cheminement singulier de chacun. On pourrait donc avancer que le projet de vie n'est jamais complètement énoncé et qu'il ne peut véritablement prendre forme et consistance qu'une fois advenu, cela dans un regard rétrospectif porté sur le parcours réalisé par la personne.

Mais la dimension militante de la réhabilitation se déploie également dans un certain questionnement démo-

cratique. Il s'agit alors de promouvoir le plein exercice de leurs droits par les personnes souffrant de pathologie mentale : faire valoir ces droits, les défendre et proposer des espaces de mise en œuvre effective de ceux-ci au quotidien, tels sont les principaux enjeux du travail de réhabilitation en matière de citoyenneté. La lutte contre la stigmatisation et les représentations sociales négatives attachées à la pathologie mentale sont ainsi au centre des revendications d'associations d'usagers et de professionnels participant du mouvement de réhabilitation psychosociale. Par ailleurs, une forme spécifique de ce travail se dessine dans la place de choix accordée aux familles et aidants naturels dans le processus complexe qui vise au final l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades. Les membres du CFRP soulignent dans ce contexte l'intérêt de « *la mise en place d'une véritable trame législative visant à renforcer la protection des droits des patients et à protéger ses libertés individuelles* » [14], tout en remarquant l'écart qu'il peut encore persister entre l'énoncer de ces garanties et leur mise en pratique.

Enfin, nous ne pouvons évoquer les actions de réhabilitation envers la société dans son ensemble sans rappeler que ce mouvement est actuellement un des plus riches et des plus féconds en termes de réflexion sur l'organisation des soins et les politiques de santé mentale. À ce niveau c'est la notion de réseau qui vient fonder les différentes analyses et propositions qui sont faites, que cela soit au sujet de l'articulation entre les acteurs des champs social, sanitaire et médico-social, ou à propos des rapports entre la pratique de réhabilitation et le tissu sanitaire préexistant en France : le secteur psychiatrique.

## Du mouvement de psychothérapie institutionnelle

Le mouvement de psychothérapie institutionnelle prend naissance dans une époque tourmentée par la guerre et les idéologies fascistes et d'extrême droite : comme le souligne J. Mornet [16], il s'agit avant tout d'une pratique, et ce n'est que bien plus tard, en 1952, que la terminologie « psychothérapie institutionnelle » fera son apparition sous la plume de G. Daumezon et P. Kœchlin pour désigner un pan singulier de l'histoire de la psychiatrie française.

L'histoire de la psychothérapie institutionnelle est étroitement liée à celle de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en Lozère. C'est en effet en ce lieu reculé, suffisamment isolé, qu'un certain nombre de personnages désormais célèbres viennent trouver refuge face aux affres de la guerre et de l'occupation. Insistons ici sur cet aspect historique, car c'est aussi parce qu'il n'y a pas là seulement des médecins, des infirmiers et des malades que la psychothérapie institutionnelle va devenir ce mouvement riche d'un engagement politique fort et d'une réflexion intellectuelle fertile.

Par la suite la pratique qui fonde la psychothérapie institutionnelle va s'exporter au-delà des murs de Saint-Alban, et ce qui était une expérience localisée va prendre de l'ampleur et se structurer en un véritable mouvement dont la diversité n'empêchera pas une double référence constante aux deux jambes dont parlait F. Tosquelles.

J. Mornet [16] rappelle qu'en 1939 deux ouvrages accompagnent F. Tosquelles lors de son arrivée d'Espagne, alors qu'il fuit le régime franquiste. Ces deux livres, *Pour une thérapeutique active à l'hôpital psychiatrique* de H. Simon et *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* de J. Lacan, vont largement alimenter la réflexion et la pratique de la psychothérapie institutionnelle et renvoient chacun à un des deux pôles dont il est question en son sein, social et subjectif.

En ce qui concerne l'aliénation mentale, l'originalité de la psychothérapie institutionnelle se situe dans une clinique sensiblement différente de la médecine psychiatrique plus classique. L'application de la psychanalyse au cadre institutionnel a pour effet de fonder une clinique du sujet dans un lieu, l'asile, où, jusqu'alors ce dernier n'avait aucune légitimité. Qui plus est, cet apport prend une dimension nouvelle du fait des perspectives que les travaux de J. Lacan offrent en matière de traitement de la psychose : en entrant à l'hôpital psychiatrique, la psychanalyse déborde le cadre des névroses et amène des possibilités autres de travail avec les sujets souffrant de pathologie mentale sévères comme la schizophrénie. Bien sûr la place de choix de la psychanalyse au sein du mouvement de psychothérapie institutionnelle ne reste pas inattaquée, et les débats politiques houleux autour de la question communiste viendront par la suite introduire nombre de séparations parmi les acteurs de la psychothérapie institutionnelle. Néanmoins il faut reconnaître que la clinique psychanalytique vient porter un autre regard sur la psychose, particulièrement en soutenant que cette dernière ne peut jamais se réduire à un processus d'expression déficitaire et qu'il est de toute première importance d'écouter attentivement ce que dit le psychotique dans son discours certes délirant mais non moins chargé de sens.

Mais la particularité de la psychothérapie institutionnelle est d'énoncer d'emblée que le traitement de l'aliénation mentale ne peut être séparé de celui de l'aliénation sociale tant l'animal humain est *lié* dans le groupe social au sein duquel il évolue. Il s'agit ici de mettre en pratique les analyses de Marx et Hegel à ce propos, et de les confronter au fonctionnement groupal institutionnel toujours porteur d'une potentialité concentrationnaire et ségrégative. Du premier on retiendra l'analyse socioéconomique des rapports de production à l'œuvre dans les sociétés modernes capitalistes et une profonde compréhension des rapports humains au sein des groupes sociaux. Le second développe une pensée selon laquelle l'action est toujours un devenir : la pratique qui en découle a alors comme exigence éthique de perpétuer ce mouvement jamais achevé et porteur d'une

forte potentialité créative, mouvement que l'institution groupale tend à chaque instant à limiter voire à figer dans la hiérarchie, l'enfermement et la bureaucratisation.

Finalement, la psychothérapie institutionnelle s'appuie sur le constat que l'être humain, malade ou pas, est toujours amené à céder un peu de sa liberté du fait même de ce qui le fonde : son aliénation subjective dans le langage, à laquelle l'hypothèse de l'inconscient freudien tente de répondre, et son aliénation au sein du groupe social par lequel il se structure, à propos de laquelle les analyses marxistes et l'approche socio-philosophique de la dynamique des groupes offrent des cadres théoriques et pratiques de lutte contre l'enfermement potentiel qui y est véhiculé.

De cette conception de l'être humain parmi ses semblables découle directement la nécessité de travailler à soigner le sujet et, dans un même temps, l'institution. Comme le rappelle F. Tosquelles [2], il n'est pas envisageable de ne s'occuper que de l'une ou l'autre de ces questions : « *Nous constatons que certains voudraient pouvoir avancer la jambe freudienne sans jamais bouger l'autre... Ne manquons pas non plus ceux qui font le choix unijambiste inverse.* »

## Politique et épistémologie en psychiatrie

Nombre de différences apparaissent donc entre les deux approches dont nous venons de rappeler les principales caractéristiques. Du point de vue de la question posée ici, ces divergences peuvent s'appréhender selon deux dimensions principales : épistémologique et politique.

Précisons alors d'emblée le terme « politique » pour dissiper tout malentendu à ce sujet. En aucun cas, il ne s'agira ici de « la politique », terminologie renvoyant au champ singulier dont P. Bourdieu [7] a pu détailler les caractéristiques et qui s'organise selon une logique propre où le pouvoir est conçu comme un objet dont chaque agent travaille à s'emparer dans les règles de l'art. Plus que de « la politique » il sera avant tout question ici « du politique », une notion qui renvoie à une problématique de lutte contre la mise en œuvre de systèmes de pouvoir et non à la sphère très privée où ces mêmes systèmes prennent forme. Dans une perspective foucauldienne, nous faisons référence aux travaux de M. Benassayag [3, 5] sur l'engagement politique : cet auteur souligne comment l'hypothèse révolutionnaire s'engage dans une impasse dès lors qu'elle se donne comme objectif la prise du pouvoir et qu'elle laisse de côté l'ici et maintenant de la lutte politique pour reproduire les schèmes du système contre lequel précisément elle travaille.

Or, contrairement à la psychothérapie institutionnelle, la réhabilitation psychosociale est animée d'un mouvement de normalisation qui entre fortement en résonance avec le contexte sociopolitique des sociétés occidentales modernes et sa dimension qualifiée par M. Foucault de « disciplinaire » [11].

Aussi bien en ce qui concerne sa pratique rééducative, qu'en matière de défense des droits des personnes, ou encore en ce qui concerne le type de psychologie à laquelle elle se réfère, psychologie qui au demeurant ne prend en considération que la dimension moïque de la vie psychique, elle œuvre en effet dans un seul et même espace socio-philosophique : celui de l'individu. Précisons que pour M. Benassayag [6], l'individu (et non « l'individualisme »), c'est le nom d'un projet économique et social. C'est la mise en pratique d'une certaine forme de lien social alliant fantasme de l'autonomie et illusion de liberté sous couvert de défense des droits de l'homme et de respect des libertés individuelles, alors même que les forces en présence travaillent à la généralisation des systèmes de surveillance et de normalisation disciplinaires que M. Foucault regroupe sous le terme de « panoptique » [11].

On pourrait donc être tenté de voir dans le courant de réhabilitation psychosociale une manifestation au sein du champ psychiatrique d'une certaine forme d'individualisme. Or il s'agit plutôt d'aller au-delà de l'hypothèse selon laquelle le collectif a laissé place, dans les sociétés occidentales modernes, à l'individualisme le plus égoïste. En effet, de la même manière que A. Ehrenberg [9] souligne que le lien social se transforme plus qu'il ne disparaît, il est probable que l'on assiste à une modification profonde des conditions d'existence du collectif et que des formes nouvelles de ce dernier soient en train d'émerger. Par conséquent, il s'agit surtout de repérer les références épistémologiques et politiques qui fondent les rapports nouveaux du collectif et du singulier au sein de la réhabilitation psychosociale à la lumière des principaux traits de cette figure originale qu'est l'individu. Car il faut souligner que la réhabilitation psychosociale reproduit d'une certaine manière les conditions de développement de celle-ci. En effet, là où la psychothérapie institutionnelle avance la question de la subjectivité et de la liberté de l'homme au sein des sociétés modernes, la réhabilitation pose celles de l'individualité, des droits et des libertés de la personne sans jamais produire une réflexion sur la question du pouvoir, sa distribution, et la façon dont il organise la ségrégation et la sérialisation des uns et des autres sous prétexte de leur faiblesse et de leur non-productivité.

Malgré l'apparente similitude formelle que nous avons évoquée en introduction, il apparaît donc clairement ici à quel point ces pratiques diffèrent aux plans épistémologiques et politiques.

## Conclusion

Au travers des divergences mises en lumière ci-dessus et qui conditionnent donc majoritairement ce à quoi il est fait référence dans l'expression « fonction politique » pour deux mouvements autant préoccupés par cette question, nous préciserons quelque peu les éléments de réponse déjà donnés à la problématique soulevée en introduction.

À ce propos, il faut reconnaître l'efficacité des pratiques de réhabilitation en matière de (ré)insertion sociale et d'amélioration de la qualité de vie. De même il serait déplacé de ne pas faire état du dynamisme et du militantisme de ce mouvement, lesquels ont permis l'obtention de résultats intéressants en matière de politiques de santé mentale, en France mais également en Italie ou encore au Québec. D'autre part, il est intéressant de remarquer que, malgré des approches sensiblement différentes, la réhabilitation psychosociale et la psychothérapie institutionnelle se rejoignent sur un même point central de leurs pratiques : le fait que les personnes souffrant de pathologie mentale doivent être soignées dans la cité et non en des lieux ségrégatifs et désocialisant. C'est ainsi que le club psychosocial et le Groupe d'entraide mutuelle (GEM) jouent un rôle pivot dans les dispositifs propres à chacun de ces mouvements, cela autour de l'idée fédératrice que ce qui soigne dans la psychose c'est avant tout le développement ou le rétablissement du lien social.

Cependant, le succès de la réhabilitation psychosociale peut également s'entendre comme l'expression au sein du monde psychiatrique de ce que A. Ehrenberg a qualifié de « norme d'autonomie » [9], forme nouvelle de la « discipline » foucauldienne. Aussi, il est dommage que la réhabilitation psychosociale ne s'arme pas d'autres références politiques que celle des droits des personnes. Rappelons que dans la perspective de A. Badiou [4] l'idéologie des Droits de l'homme mène à une certaine forme de désengagement politique lorsque l'énoncé de ces droits se fait d'une position d'absolu qui fige le questionnement éthique. En effet, dans un héritage philosophique complexe où viennent se mêler, entre autres, les pensées de B. Spinoza, M. Foucault ou encore J. Lacan, cet auteur défend l'idée d'une éthique du sujet fondée en situation, d'une construction éthique sans cesse à poursuivre et au sein de laquelle à la question du Bien et du Mal vient se substituer celle du bon et du mauvais. L'interrogation éthique se conçoit alors dans le concret du quotidien de l'engagement politique et non depuis un « universel abstrait » [5] lui-même vecteur de désengagement.

Plus précisément, il est donc urgent pour le mouvement de réhabilitation psychosociale d'intégrer à la pensée qui le structure une réflexion de fond sur la question normative et sur les bases de son discours politique et scientifique. C'est probablement à ce prix-là qu'il pourra prétendre véritablement offrir un nouvel espace de développement des hypothèses fondant le mouvement de psychothérapie institutionnelle.

## Références

1. Anthony WA, Liberman RP. The practice of Psychiatric Rehabilitation : historical, conceptual and research base. *Schizophr Bull* 1986 ; 12(4) : 542-59.
2. Ayme J. Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. In : *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*. Vigneux : Matrice, 1994 : 49-50.
3. Aubenas F, Benassayag M. *Résister, c'est créer*. Paris : La Découverte, 2002 (122 pages).
4. Badiou A. *L'éthique. Essai sur la conscience du mal*. Paris : Nous, 2003 (120 pages).
5. Benassayag M. *Adécédairer de l'engagement*. Paris : Bayard, 2004 (270 pages).
6. Benassayag M. *Le mythe de l'individu*. Paris : La Découverte, 1998 (177 pages).
7. Bourdieu P. *Propos sur le champ politique*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 2000 (110 pages).
8. Deegan PE. Le rétablissement comme processus de transformation. *Sante Ment* 2006 ; 106 : 68-76.
9. Ehrenberg A. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit* 2004-05 ; 5 : 133-56.
10. Farkas M. Réadaptation psychiatrique : une approche et un processus. *Sante Ment* 2006 ; 106 : 51-8.
11. Foucault M. *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France*. Paris : Gallimard Seuil, 2003 (400 pages).
12. Gélinas D. « Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ? » Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque « Suivi intensif en équipe dans la communauté : fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation », organisé par l'Association des hôpitaux du Québec, novembre 2002.
13. Leguay D. Proposition pour un « manifeste » de la réhabilitation. In : *Communication aux 5èmes rencontres de Réh@b' : « La réhabilitation, c'est maintenant ! »*, Versailles. Mars 2008.
14. Leguay D, Giraud-Baro E, Lièvre B, et al. Proposition pour un « manifeste » de Réh@b', <http://www.rehabilite.fr>.
15. LOI N° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées.
16. Mornet J. *Psychothérapie institutionnelle, Histoire et actualité*. Nîmes : Champ Social, 2007 (184 pages).
17. OMS - AMRP. *Consensus Statement*. 1996.