

Hôpital psychiatrique ou asile de pauvres ?

Solidarité sous contrainte et solidarités familiales affaiblies

Aurelia BORZIN, doctorante en sociologie

Introduction

Le sujet que je voudrais développer ici est lié à ma recherche doctorale qui porte sur l'adaptation des patients de L'Hôpital Psychiatrique de Chisinau (République de Moldavie) aux contraintes institutionnelles et sociétales.

La recherche est basée sur 65 entretiens approfondis, semi-directifs¹, avec les patients de L'Hôpital Psychiatrique de Chisinau, les parents des patients et des employés de l'hôpital. La plupart des 53 entretiens, réalisés avec les patients sur un modèle holiste du type « récit de vie »², m'ont révélé, lors d'une première analyse, que la grande majorité des répondant-e-s provenaient de familles pauvres, voire vulnérables. Partant de ce constat, notre intention est de dépasser les trois visions réductrices appliquées dans les recherches dans ce domaine, à savoir le *misérabilisme* (« la pauvreté crée de troubles mentaux »), le *méritocratie* (« la maladie fait échouer professionnellement ») et le *foualdisme rigide* (« on psychiatrique les pauvres pour les contrôler »). Nous nous proposons en revanche de construire une appréhension totalisante et multidimensionnelle de l'objet de cette recherche, basée sur des corrélations, causalités et retombées multiples.³

« La carrière du patient psychiatrique », selon le concept d'Ervin Goffman⁴, commence avant l'hospitalisation elle-même, c'est-à-dire au sein de la famille. La famille joue donc un rôle important dans cette « carrière » du patient et, par extension, dans le phénomène de ségrégation sociale du traitement psychiatrique. Ce fait nous invite à réfléchir sur les formes de solidarité (Durkheim, 1893 ; Paugam, 1991), ou au contraire, sur le manque de solidarité et de soutien familial, à partir de la manifestation des premiers symptômes de la maladie, en passant par la phase d'hospitalisation, jusqu'à la sortie de l'hôpital. Il s'agit aussi de voir comment se transforment les relations avec un membre de la famille qui devient patient chronique, à la suite de l'admission répétée et pendant des années dans l'hôpital psychiatrique.

La recherche analyse l'expérience familiale des patients psychiatriques à travers leurs propres définitions, concepts et compréhension de cette expérience, en appliquant aux patients psychiatriques une approche compréhensive des rationalités⁵. En même temps, la recherche corrobore les perspectives personnelle, institutionnelle et familiale. Ainsi va-t-on combiner la définition et la compréhension des relations interpersonnelles exprimées par les patients, la perspective exprimée par les membres de la famille et les proches du patient et la perspective

¹ Sur les 65 entrevues, 40 ont été réalisées en 2011-2012, et 25 - en 2016.

² Robert Atkinson, *Povestea vieții (Le récit de vie)*, Iași, Polirom, 2006; Amia Lieblich, Rivka Tuval-Mashiach, Tamar Zilber, *Cercetarea narativă. Lectura, analiza și interpretarea. (La recherche narrative. La lecture, l'analyse et l'interprétation)*, Iași, Polirom, 2006.

³ Lise Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, 2011, p. 19.

⁴ Erving Goffman, *Asiles*, *op. cit.*, p. 117.

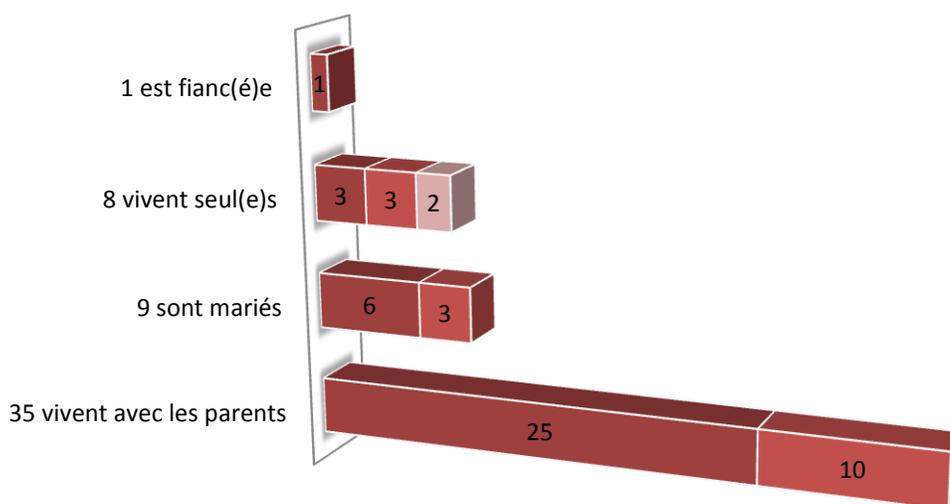
⁵ Nous prenons en compte les rationalités individuelles et collectives des acteurs sociaux dans la définition de Max Weber, à savoir le « sens subjectif » attribué par les actions des acteurs et l'existence d'une « logique » de leur comportement. Voir les quatre types de rationalité (par objectif, en termes de valeur, par affection, par tradition): Max Weber, *Economie et Société*, Paris, Plon, 1971.

présentée par l'administration et les employés de l'institution, dans un contexte social et psychosocial qui est celui de la République de Moldavie durant sa longue transition post-soviétique.

La réforme dans le domaine de la santé mentale, qui a commencé officiellement il y a 3 ans par l'ouverture de centres communautaires de santé mentale, a pour but de fournir l'accès aux services de santé mentale dans les communautés, près de la famille, où les patients peuvent recevoir un traitement ambulatoire. Cette réforme transfère une partie de la responsabilité sociale de l'institution et de l'ensemble du système de santé mentale sur la famille. Mais dans quelle mesure la famille est-elle prête à faire face à cette responsabilité? Dans un contexte plus large, la recherche est une réflexion sur les limites et les défis de la participation de la famille comme participant à part entière dans le traitement et la réadaptation psychosociale des personnes ayant un diagnostic psychiatrique.

Le profil de familles des patients en chiffres

En analysant les données disponibles sur les sujets interviewés, le tableau présenté ici permet d'avancer les constats suivants : Un patient sur six ont eu, dès l'enfance, des expériences familiales traumatisantes, avec violence familiale, ou ont été victimes de violence domestique dans leur vie adulte, ou encore ont été condamnés pour cause de comportement violent. Chaque cinquième patient présente témoigne souffrir de certaines formes de dépendance d'alcool ou de drogue. 35 de ces personnes vivent avec leurs parents âgés, de celles-ci 25 sont divorcées et retournées à leur famille d'origine après le divorce ; 10 personnes n'ont jamais été mariées et sont en difficulté à trouver un ou une partenaire. 9 personnes sont officiellement mariées, dont 3 vivant seul(e) parce que leur mari / épouse travaille à l'étranger. 8 personnes vivent seules (dont 2 prennent soin d'enfants mineurs, trois d'entre eux ont des enfants qui vivent séparément et 3 n'ont ni parents, ni enfants). Une personne se dit prête à se marier.



Un statut social fragile avant l'hospitalisation

Comme nous l'avons déjà remarqué, « la carrière du patient psychiatrique » commence avant l'hospitalisation elle-même. Il n'est donc pas négligeable que la plupart des patients avaient déjà un statut social fragile dans la famille avant d'être hospitalisés. Cette fragilité est causée ou aggravée par un certain nombre de formes de privation psychosociale: perte du travail, chômage prolongé,

facteurs de stress au lieu du travail et dans la famille (violence domestique, infidélité de la part du- de la partenaire, addiction alcoolique ou de drogue). Dans les cas de patients plus jeunes on peut encore constater la séparation du ou de la partenaire ou des difficultés à en trouver un/une, voire en général des difficultés à s'intégrer dans un groupe, mais aussi échecs scolaires, pression psychologique de la part des parents sur les règles de la vie en commun.

La famille, deux directions : centripète et centrifuge

Selon l'appréciation d'un médecin de l'hôpital psychiatrique de Chisinau⁶, lors des premières admissions à l'hôpital, les proches sont ceux qui accompagnent les personnes souffrant de crises psychiatriques, puis viennent leur rendre visite pendant leur séjour à l'hôpital et s'intéressent à leur santé, cherchent des solutions à leurs problèmes, demandent des conseils. Cependant, lorsque les admissions à l'hôpital deviennent plus fréquentes (« après la troisième hospitalisation », selon la même source), les proches sont moins souvent vus avec le patient. Les patients finissent par être apportés à l'hôpital par le service d'urgence, par la police, ou même viennent seuls à l'hôpital. De même, les membres de la famille ou des proches viennent plus rarement pour emmener à la maison le patient à la sortie de l'hôpital. Il y a des patients qui n'ont pas assez d'argent pour rentrer chez eux. « Nous habillons ces personnes et nous leur donnons de l'argent pour qu'ils puissent aller à la maison. Pour ceux de la province, nous n'avons pas de moyens à les faire transporter chez eux. Personne [les membres de la famille] ne les attend à la maison, personne ne s'en réjouit ». Les témoignages des patients confirment le même mécanisme d'érosion, de dégradation et même de la perte permanente des relations avec les membres de la famille après l'activation de la maladie et l'hospitalisation répétée. Au fil des années, la participation et le soutien familial sont en baisse, remplaçant ainsi le lieu familial d'une position « centripète » vers une position « centrifuge ». Enfin, les relations familiales se s'effritent, les membres de la famille se séparent.

Une spirale interminable et douloureuse

Une fois hospitalisée, la personne reçoit un statut socialement disqualifiant. De plus, l'hospitalisation répétée pendant des années lui crée l'image de malade chronique. D'autre part, les relations du patient avec les membres de la famille se détériorent ou même se rompent, parce que tous les symptômes de la maladie elle-même se reflètent directement sur le milieu familial et l'affectent négativement. « Remarquons tout d'abord que tout être humain, patient ou non, n'est pas seulement un sujet, mais également une personne en lien avec sa famille qui l'influence et qu'il influence en retour. Lorsque la maladie s'en mêle et qu'elle dure, elle exerce des effets sur le patient et son entourage, et réciproquement, dans une spirale interminable et douloureuse. »⁷

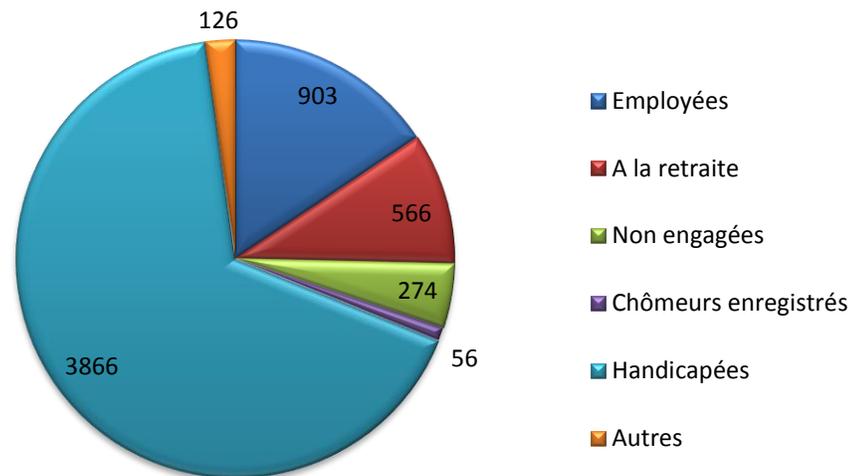
L'état de la personne placée dans un hôpital psychiatrique accentue encore plus le sentiment d'échec personnel et professionnel. Peu d'entre eux reprennent leur travail quand ils sortent de l'hôpital. En d'autres termes, l'hospitalisation aggrave un processus de dégradation du statut social de personnes déjà fragiles.

Pour la famille, cette personne devient un fardeau, du point de vue économique parce qu'il n'a pas de revenu, mais aussi psychologiquement, parce que les relations avec lui sont souvent conflictuelles. Selon les témoignages de patients et leur famille, les patients reviennent le plus souvent à la maison des parents après le divorce, vivant avec ces derniers dans des conditions précaires.

⁶ Entretien personnelle réalisé en 2012.

⁷ La place de la famille en psychiatrie, Serge Kannas, Psychiatre, Mission d'appui en Santé Mentale, Paris.

Le statut social des personnes sortant de l'hôpital pendant l'année 2016 (5791 personnes, plus de 18 ans)



Les réformes démarrées récemment dans le système psychiatrique, notamment par l'ouverture de centres communautaires de santé mentale et la fermeture des effectifs des hôpitaux psychiatriques, sont de nature à affecter ce mécanisme de ségrégation sociale du traitement psychiatrique. Cette évolution du traitement psychiatrique dans une société post-autoritaire révèle sur les avatars du paradigme de la modernité, selon laquelle les personnes qui souffrent de maladies mentales ne sont pas exclues de la société mais, au contraire, y sont radicalement incluses (Gauchet et Swain, 1980).