

Le secteur est mort, vive la

Dans un hôpital où les logiques économiques et la psychiatrie de pôle ont remplacé les « utopies » du secteur, comment les soignants peuvent-ils maintenir une disponibilité relationnelle pour les patients et entretenir un processus créatif dans leur rapport à l'institution ?

À l'heure où l'effondrement du système financier détrône le réchauffement climatique, un débat enfle autour des causes de ce dérèglement. Sidérés, nous constatons que ce symptôme serait la conséquence d'une pathologie de notre propre système économique, au moment même où se parachève son projet : la mondialisation. Cette sorte de fièvre serait liée à l'emballement de l'activité humaine. Dans le même temps, un secteur subit de plein fouet les effets d'une nouvelle forme de glaciation : le service public sanitaire. Une discipline s'est laissée surprendre par cet hiver pourtant annoncé : la psychiatrie de secteur. Cinquante années de bons et loyaux services grincent, se grippent, en proie à la rigueur budgétaire et sombre dans un repli autistique après une phase de gesticulation anxieuse qui achève d'épuiser ses ultimes ressources. Ce scénario catastrophe n'est pas celui d'une série B. Les professionnels peuvent en témoigner, ils vivent une période particulièrement difficile qui bouleverse profondément les pratiques et réduit l'espace possible de la rencontre avec le patient. L'utopie humaniste d'après-guerre, qui avait présidé à la création du secteur, est balayée par une entreprise de déconstruction massive qui le vide peu à peu de sa substance. Le secteur s'est chosifié, il n'est plus que synonyme d'une entité organisationnelle rattachée à un territoire, à l'image de son appellation administrative.

Jean-François LANÇON

Ergothérapeute, CH Paul-Guiraud (94).

À partir de quelques observations sur l'écologie de l'hôpital psychiatrique dans lequel je travaille, je propose des pistes de réflexion pour interroger les changements actuels et leur impact pour les ergothérapeutes dans la psychiatrie de demain. Je m'appuierai sur quatre notions essentielles qui jouent un rôle de prisme dans nos approches : le langage, les objets au sens le plus large, les espaces transitionnels et le processus créatif.

LA FIN DU SECTEUR

Le secteur est mort, victime de son propre succès. Cette formule sèche, provocante et sans appel est une évidence. La psychiatrie de secteur est morte le 14 mars 2003 : le jour précis où Lucien Bonnafé, un de ses plus illustres fondateurs, nous quittait. Ce psychiatre désaliéniste était un militant insatiable de la lutte contre toutes les formes de discriminations. Cette constatation appelle un nécessaire travail de deuil, dont l'issue nous échappe encore... Tout ce que nous pouvons entrevoir est alourdi par une atmosphère peu propice à un mouvement créatif qui permettrait de dépasser cette épreuve. Dans ce contexte, les réformes du système sanitaire nous fournissent des perspectives anxiogènes. Deux dimensions semblent incarner l'objet et l'esprit de celles-ci.

– La première concerne le volet économique et ses impératifs de rentabilité en lien avec les déficits sociaux. Le plus édifiant serait celui de la sécurité sociale que l'on qualifie régulièrement d'exorbitant, voire d'abyssal.

– La seconde est le volet organisationnel qui pose un voile sur un aspect plus inavouable : faire rentrer dans le rang et détruire les espaces de liberté et

d'autonomie construits peu à peu par les acteurs en santé publique, en redonnant autorité aux pouvoirs administratifs et bureaucratiques. Cette thématique de la liberté bridée est finalement centrale dans les enjeux actuels si l'on en croit les préoccupations croissantes qui s'expriment autour du statut des seules catégories de citoyens s'en trouvant privés dans le réel : les détenus et les patients hospitalisés sous contrainte.

Nous assistons à un phénomène d'escalade symétrique, une véritable crise de société cristallisée autour d'une dérive sécuritaire qui gagne peu à peu tout l'espace public. La psychiatrie y fait malheureusement figure d'exemple, comme en témoigne le fameux discours de Nicolas Sarkozy du 2 décembre 2008 (1). Le fou, à l'image de ce que relaient avec gourmandise nos médias, serait au centre d'un fantasme collectif le plaçant au sommet d'une échelle de la dangerosité. À lui seul, il incarnerait une menace pour la société tout entière. L'irrationalité de son comportement, l'imprévisibilité de ses réactions, la violence de ses propos, l'absence de critique de ses actes, le refus de se conformer aux bons usages viennent se poser en provocation manifeste de l'ordre établi.

On peut s'interroger sur les raisons qui ont sonné le glas du secteur. J'aurais tendance à dire qu'il a été en grande partie victime de son succès. En effet, il a rempli les deux missions qu'il s'était assigné : la première de libérer le traitement de la folie de l'enfermement en réintégrant les malades dans la cité ; la seconde de se réapproprié une part d'humanité collective en repoussant le principe d'exclusion de ceux qui incarnent la différence.

psychiatrie polaire ?





© Fotolia

La psychiatrie de secteur s'était progressivement imposée en s'appuyant sur deux outils de traitement qui, combinés, ont prouvé leur efficacité : les neuroleptiques et les psychothérapies individuelles et collectives d'inspiration analytique. Grâce au travail de ses acteurs de terrain, le secteur a participé à démystifier au quotidien les représentations antérieures de la folie, en introduisant la notion de handicap liée aux effets délétères et durables que les pathologies imprimaient sur les sujets. Mais si le secteur a ainsi réussi à introduire une dynamique qui réinterroge la place du malade mental dans la société, il a échoué dans sa capacité à opérer des transformations en profondeur, du côté de l'inconscient, habitée de peurs archaïques et séculaires. En effet, pour maintenir cette forme d'équilibre du côté de la tolérance à coexister avec nos dissemblances, la

société doit être animée d'un idéal porteur de lien, d'une circulation d'énergie suffisante pour mettre à distance, transformer et sublimer notre univers pulsionnel. C'est précisément ce qui semble nous faire le plus cruellement défaut aujourd'hui.

Un autre aspect a semé le trouble : le secteur est devenu, au grand désespoir de ses créateurs, un puissant agent de contrôle social. En participant à délimiter la frontière subtile et mouvante entre nos comportements sociaux face aux exigences sans cesse croissantes de la vie moderne, il révèle l'existence de failles internes dont les sujets seraient porteurs. Ces failles, qualifiées de « désordres » ou de « dérèglements » sont porteuses dans le langage courant d'une dimension négative, morbide et perturbatrice qu'il convient de mettre à distance, de combattre voire de rééduquer. Les grandes pathologies

psychiatriques se sont en quelque sorte normalisées, au fur et à mesure de ce que l'on peut qualifier de psychiatrisation manifeste de la société. Cette psychiatrisation a fait émerger de nouvelles demandes de soin, qui ont mené progressivement à une saturation du système. Une intrication complexe s'est installée entre souffrance sociale et souffrance psychique, rendant d'autant plus difficile la question du repérage préventif de troubles précoces et des seuils d'intervention. Pour illustrer ce mouvement, il suffit de se pencher sur les classifications actuelles des maladies mentales (2), pour constater le flou qu'elles génèrent. Elles présentent de façon alléguée et banalisée une réorganisation d'un ensemble de symptômes pourtant synonymes, dans la crudité de leur réalité clinique, de diagnostics lourds de conséquences. Ces définitions « très politiquement correctes »

sont propices à l'acceptation par le patient d'une identification à une maladie pseudo-générique et à coup sûr traitable sur le plan médicamenteux. Par simple glissement sémantique, on y note ainsi la mainmise d'une assimilation du soin à un processus comptable : la gestion du traitement.

Intéressons-nous à quelques aspects symptomatiques de l'évolution de notre langage, en particulier dans ce qu'il peut véhiculer du changement dans la culture du soin.

DU SECTEUR AUX PÔLES

Jouons donc sur les aspects métaphoriques qu'évoquent les réformes actuelles. À l'image d'un acte délibérément manqué, le choix du mot « pôle » laisse perplexe. Son emploi est très en vogue pour qualifier les restructurations des dispositifs publics à l'image de ce qui s'est déjà opéré, avec le succès que l'on connaît, dans les secteurs économiques de l'industrie et des services. Le pôle y est présenté comme une dynamique, une force puissante et énergique qui rassemble les moyens vers un point convergeant. Mais finalement, le doute plane sur sa nature sémantique. J'ai volontairement utilisé le terme de « psychiatrie polaire » en référence à l'hostilité de l'environnement aux pôles de notre globe. Toutes les métaphores liées au froid extrême et à ses effets sur l'homme sont intéressantes : il engourdit jusqu'à la pensée, il anesthésie, puis brûle et détruit profondément. Une autre acception possible renverrait à la faculté de se charger électriquement : il s'agit de séparer deux extrémités en leur imprimant une différence de potentiel positive ou négative. En poussant un peu plus le raisonnement, cela ressemble étonnamment à une métaphore du mécanisme de clivage développé par Mélanie Klein (3). Pour mémoire, le mécanisme de clivage favorise l'oubli, l'aveuglement et le déni même du clivage.

Penchons-nous sur quelques détails du langage véhiculé dans le discours ambiant qui anime la réforme.

LA PROLIFÉRATION DES ACRONYMES

L'hôpital voit fleurir dans tous ses supports de communication un nombre croissant d'acronymes au point de rendre parfois la lecture pénible. Cette contraction du langage consiste à réduire à un enchaînement plus ou moins heureux les premières

lettres des mots composant une phrase déjà synthétique devenant ainsi une arme redoutable. D'ailleurs, les militaires ont été les premiers à adopter et généraliser ce mode d'objectivation par appauvrissement du langage, et pas seulement pour nommer les fruits les plus élaborés de leurs laboratoires mortifères. Nous n'employons pas des alexandrins pour donner l'ordre de réduire en bouillie l'humain qui est en face de vous. L'ennemi n'est jamais trop humain ; si jamais il l'était, nous ne lui ferions pas la guerre !

La force des acronymes n'est-elle pas d'opérer un clivage massif, de ne pas faire état du socle des références partagées qui nourrissent et sous-tendent tout processus de pensée ? Le langage qui s'en repaît, nous n'en sommes pas dupes, a pour fonction d'induire le conditionnement. En évinçant la charge émotionnelle qui viendrait traverser les êtres recevant un discours, il s'agit d'opérer une sorte d'anesthésie psychique. Ainsi débarassée de tout éventuel trouble révélateur de notre faculté d'empathie, cette forme de langage s'apparente à un vrai outil de déconstruction de la subjectivité. Par un processus successif de scission, dissociation, isolation, il se construit une forme de néologisme.

Il est étonnant de constater que, dans la réalité clinique, ce mécanisme s'apparente à celui que l'on rencontre dans la psychose. Doit-on y voir les signes d'une nouvelle entité nosographique du registre de la folie collective ? La tentation est grande... En tout cas, nous ne pouvons que constater la grande appétence de certains discours pour ces acronymes. Des documents les multiplient et leur répétition s'apparente à un véritable matraquage publicitaire. Les acronymes deviennent des témoins du degré d'assujettissement au discours dominant. Freud énonçait déjà que la société assurerait sa mainmise sur l'individu par l'intermédiaire du sentiment de culpabilité (4). Il y pointait que la culture se constitue précisément sur notre renoncement à la satisfaction de nos pulsions. Ainsi, pour vivre en société, il faut accepter une forme de restriction de nos libertés individuelles. Doit-on en déduire que l'hostilité du discours envers les valeurs culturelles qu'incarrait jusqu'à présent le secteur viserait avant tout à s'affranchir de la culpabilité originelle liée à sa création ? La philosophie contemporaine et la sociologie se sont particulièrement

penchées sur les interactions complexes dans les groupes humains structurés. La notion de culpabilité y est souvent abordée comme un socle fondateur de toute relation à l'autre. C'est le prix symbolique à payer pour toute rupture d'un lien car en l'éprouvant dans l'expérience de la séparation physique et psychique, elle permet notre différenciation à l'intérieur de nos propres appartenances. Doit-on constater et assimiler cet appauvrissement du langage comme le reflet d'un assèchement plus général de la culture du soin ? En tout cas, il est synonyme d'un autre mouvement synergique : celui de la diminution des espaces dévolus à la relation entre soignants et patients.

MOINS D'ESPACE POUR LA RENCONTRE

Au gré de mes déplacements dans l'hôpital, je m'étonne de voir se multiplier les écrits de certains patients à même les murs. Ces inscriptions, slogans délirants, graffitis sommaires et autres dessins, sont réalisées à la craie ou avec une pierre. Ils obéissent à une urgence à exprimer quelque chose qui ne peut pas se réprimer. Pour moi, ce sont des traces tangibles et authentiques de ce que l'on appelle l'art brut. Doit-on y voir quelques symptômes de la manifestation de la maladie mentale ? Ou doit-on y voir les effets iatrogènes d'une institution qui perd son savoir faire et plus largement son savoir être dans l'accueil de la souffrance psychique ? C'est une vraie question. L'hôpital d'aujourd'hui est paradoxalement le lieu où l'expression de la folie est le plus intolérable. La moindre manifestation du malade y est vécue comme dérangeante et appelle des réponses stéréotypées de nature coercitive. Il faut vite réprimer, normaliser les comportements avant même d'avoir tenté de s'y intéresser. Le savoir clinique est en voie de paupérisation, les seules lectures possibles de la symptomatologie de la folie sont écrasées et formatées par un courant de pensée animé d'un idéal de toute-puissance. Cette ivresse de l'exercice d'un pouvoir sans limite installe un déni colossal face à tout élément qui viendrait effriter cette représentation en révélant notre vraie nature. Les hypothèses sont donc systématiquement évincées, les références théoriques éludées, les réponses établies à l'avance prennent force de lois. Il n'y a plus d'espace pour le doute. L'acceptation de notre impuissance, qui ramenait jadis à une

vraie position critique, apparaît aujourd'hui comme intolérable car contraire au principe de rentabilité. Par exemple, on entend de plus en plus souvent que le temps consacré aux essentielles discussions institutionnelles est une pure perte car elles débouchent sur l'impossibilité de trouver des réponses concrètes et objectives. Ajoutez une pincée de « gestionnaire », et l'on vous fera la leçon du contexte économique qui rend indécent tout attroupement de personnel et obsolète l'idée même de travail institutionnel.

services, voient se multiplier une sorte de blindage en avant des fenêtres. Celui-ci est fait d'un encadrement de métal, scellé dans les murs en plusieurs points, qui enserre une plaque de plexiglas® épais. Jusqu'à présent réservé aux fenêtres des chambres d'isolement, le dispositif se généralise dans les espaces de vie des pavillons. On peut penser que ces nouveaux équipements, à la transparence étonnante, sont une solution aux bris de vitre qui ont toujours eu une signification particulière dans un univers dont la fonc-

LA DÉNATURATION DES OBJETS

En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes aux premières loges pour observer et nous interroger sur l'évolution du pouvoir d'investissement que les objets exercent sur les êtres humains. Notre société de consommation a eu des effets profonds dans la valeur relationnelle qu'ils peuvent mettre en scène dans le cadre de ce qui nous intéresse : la médiation en tant que processus thérapeutique. Cette problématique des objets démultipliés à l'infini participe à dénaturer la relation



Il y a une menace à la liberté, ainsi qu'à tous les phénomènes naturels, simplement parce qu'ils n'ont pas en eux de pulsion à se propager toujours davantage ; ils sont foulés aux pieds jusqu'à ce qu'il soit trop tard. »

D. W. Winnicott, La liberté, in La nouvelle revue de psychanalyse, n°30, 1984.

Au bon sens et à la confiance collective à établir et créer des solutions « suffisamment bonnes » là où le facteur humain est au cœur du sujet, on impose une pression, un impératif de rendre visible et mesurable ce qui ne l'est surtout pas. Doit-on s'étonner de voir ainsi les phénomènes de violence au cœur des pré-occupations des lieux d'enfermement ? La pression à contenir s'exerce de toute part réduisant l'espace de la créativité à une simple case qu'il s'agit de cocher dans un questionnaire triste et froid.

Je vous encourage à vous replonger dans l'œuvre de Michel Foucault qui s'est particulièrement intéressé à l'évolution des institutions créées par la société pour mettre à l'écart certains individus ou groupes d'individus. L'hôpital psychiatrique en fait partie. L'auteur le définit comme une hétérotopie (5), un lieu où se mettent en application nos utopies sociales, en lien avec le mythe du soin. On peut ainsi dire qu'aujourd'hui, nous assistons à un retour en force de certains mécanismes qui ont conduit à la systématisation des logiques d'exclusion. De simples observations montrent la vitalité de défenses archaïques qui œuvrent collectivement en miroir de la psychose, tout en tentant de la réduire au silence. La psychiatrie de secteur a été entièrement pensée, bâtie et mise en action pour renverser le processus.

Autre observation : les bâtiments, au gré du programme de rénovation disparate des

tion est la contention. On peut aussi y voir une affirmation du pouvoir quasi sadique des soignants à briser tout espoir de liberté, la transparence jouant ainsi le rôle de barreaux invisibles. Les patients ne s'y trompent pas, certains les rayent avec méthode jusqu'à les rendre opaques ! Il est compréhensible que toutes les surfaces, les lieux qui font limite et sas plus ou moins perméables avec l'extérieur des pavillons soient des espaces éminemment signifiants. Il s'y joue des événements d'une grande richesse clinique. Ce sont des espaces transitionnels particuliers où s'illustre de façon manichéenne le rapport entre contrainte et liberté. On ne se méprend d'ailleurs jamais sur la nature des attaques des patients à ces endroits : les soignants unanimes y verront un passage à l'acte, une « attaque du cadre »...

Je ne possède aucune statistique sur l'augmentation du bris de vitre dans les différents services. Curieusement, ils ne sont pas comptabilisés. Quelle signification revêtent-ils ? Sont-ils révélateurs de la seule échappatoire possible face à un stade ultime de l'aliénation : la menace de mort psychique ? Nous pouvons considérer qu'ils fourniraient un excellent indicateur de la disposition des soignants à accueillir la souffrance qui peine à se mettre en mots. Nous pourrions ainsi aisément repérer les endroits particulièrement aliénant et maltraitant pour les patients.

essentielle qui existe entre leur statut et le contexte dans lesquels ils ont été créés. On constate que la place qu'ils occupent dans l'imaginaire collectif a connu un certain nombre de déplacements. Sans même aborder leur fonction si particulière dans le cadre d'un travail thérapeutique individuel, nous pouvons faire état d'une modification de certaines projections à l'endroit de notre outil : l'activité. Nous avons toujours eu à nous affronter à la réduction de l'activité à sa définition première, notamment son aspect fonctionnel qui conduit à la production d'un objet. Il me semble que nous assistons à un déni croissant concernant la mise en évidence des aspects projectifs et subjectifs liés au fait d'appréhender l'activité en tant que processus complexe. Ce mouvement insidieux est contigu à la remise en question profonde, dans l'opinion publique, de la psychanalyse et plus généralement à une disqualification de l'ensemble des sciences humaines. Ces approches ont pourtant conduit à appréhender le fonctionnement du psychisme humain de façon révolutionnaire et permis de faire un progrès considérable dans de nombreux domaines, de la psychologie au soin, en passant par les arts.

Venons-en aux objets et à leurs liens avec la cruciale question du désir. La majorité des objets qui nous entourent sont devenus des simulacres, des coquilles trompeuses servant à piéger les consommateurs

compulsifs et asservis que nous sommes devenus. Ils sont parfois investis d'un idéal de toute-puissance. Objets emblématiques d'une apologie de la pensée magique, ils sont censés doter leurs possesseurs de pouvoirs et de capacités technologiques prodigieuses, proposant un territoire virtuel à la satisfaction de leurs pulsions agressives de domination. Les professionnels de la communication et du marketing ont, en quelque sorte, exploité et perverti le but et les grandes découvertes du champ de connaissance que j'évoquais plus haut, pour en faire des armes d'asservissement et de profit. En participant à détourner la tension générée entre principe de plaisir et principe de réalité, ils ont réussi à piéger nos pulsions, à formater nos désirs, à canaliser nos imaginaires en transformant notre rapport au symbolique. Les objets se sont ainsi transformés en supports fantasmatiques de pacotille, en objet/déchet à durée de vie de plus en plus courte. Jamais nous n'avons autant été confrontés à ce que l'on pourrait qualifier de perversion profonde dans la relation que l'on entretient avec ces objets. Nous pouvons mettre en évidence dans ce mouvement la prévalence du mécanisme de déplacement de la libido que l'on rencontre dans le fétichisme. En miroir de ces phénomènes, les addictions de toutes natures supplantent désormais la surconsommation de psychotropes et le recours aux toxiques. Dans un autre registre, nous assistons à un retour d'une forme instrumentalisée de symbolisation primitive s'apparentant au totémisme. L'identification par les marques témoigne ainsi des troubles identitaires profonds qui nous agitent. Et l'on s'étonne de constater une flambée du pathos dans tous les interstices de notre société, affolant les experts qui s'inquiètent à l'unisson des impacts en termes de santé publique. Au même moment, les soignants voient leur capacité à penser ensemble s'atrophier au profit d'une multitude de nouvelles tâches enrobées d'un discours

infantilisant et simpliste qui promet, à l'image des slogans criards de nos hypermarchés, la qualité et l'excellence à prix sacrifiés. Peu à peu, ils s'isolent, terrassés par une culpabilité instrumentalisée qui les désigne comme des incompetents, incapables de s'inscrire dans une dynamique de changement. Rendus responsables des déficits publics, ils marnent dans l'angoisse de la suppression prochaine de leur poste au statut si privilégié. Ils se résignent à bientôt devoir dénoncer leur collègue qui ne respecterait pas scrupuleusement le guide des bonnes conduites soignantes avant que celui-ci n'en fasse autant et commencent à se rallier aux vertus apaisantes de la nouvelle gouvernance. « L'hôpital entreprise » aura alors achevé sa mutation. Le soin ne sera qu'une vulgaire marchandise, une prestation de service de très haute technicité, un produit de consommation à l'image d'un discours tout aussi caricatural où le client est roi. Malheureusement, il est fort à parier qu'il en ait pour son argent comptant : le prix du mépris de son humanité, sans un sourire ni même une once d'attention.

EN GUISE DE CONCLUSION

La psychiatrie de secteur, au regard de l'histoire, a été la parenthèse la plus novatrice et féconde dans la façon de concevoir, penser et traiter ce que nous considérons comme la manifestation la plus extrême et la plus mystérieuse de notre humanité : la maladie mentale. La psychiatrie de pôle nous promet, dans un « copié/collé » emprunté à la méthodologie ultralibérale, de faire trois fois mieux avec cinq fois moins. Il nous est demandé de renoncer à nos principes les plus fondamentaux : un idéal dans notre engagement professionnel dans le soin.

La seule alternative possible face à cette menace reste celle de l'entretien et du développement de nos capacités à entretenir un processus créatif dans notre rapport à l'institution. Il en va de même en ce qui concerne le patient : du maintien

de notre disponibilité relationnelle dépend notre aptitude à introduire et entretenir une vitalité suffisante dans les espaces de soin que nous proposons. Je n'insisterai donc pas sur la nécessité de former les futurs professionnels sur ces aspects spécifiques. L'activité nous est capitale, il ne me semble pas utile de rappeler qu'elle est aussi fondatrice de notre métier d'ergothérapeute.

Dans ce contexte, l'approche qui soutient notre profession apparaît comme une forme de résistance extraordinaire. En effet, il est indéniable que notre savoir faire, et plus largement notre savoir être, repose précisément sur les mécanismes d'élaboration psychique qui s'illustrent par la symbolisation au cœur des objets. En recréant des conditions dans lesquelles la créativité va pouvoir œuvrer, nous redonnons la possibilité aux objets de recouvrer leur statut de porteurs de sens. Ainsi, en renouant le réel, l'imaginaire et le symbolique, nous participerons, dans le quotidien laborieux de nos ateliers, à redonner à nos patients la simple et immense liberté de se sentir exister en tant que sujet.

1- Discours de Nicolas Sarkozy sur l'hospitalisation en milieu psychiatrique, Antony, le 2 décembre 2008.

2- Classification internationale des maladies (CIM-10), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

3- M. Klein, *Envie et gratitude et autres essais*, Gallimard, 1978.

4- S. Freud, *Malaise dans la civilisation*. (1929), PUF, 1971.

5- M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique, cours au collège de France 1973-1974*, Gallimard Seuil, 2003.

Ce texte reprend l'intervention de l'auteur lors des 2^{es} Journées européennes et francophones d'ergothérapie organisées les 11 et 12 juin 2009 à Paris par l'ADERE (Association pour le développement l'enseignement et la recherche en ergothérapie).

Résumé : Au regard de l'histoire, la psychiatrie de secteur a été la parenthèse la plus novatrice et féconde pour penser et traiter ce que nous considérons comme la manifestation la plus extrême de notre humanité : la maladie mentale. La psychiatrie de pôle tente de lui succéder. Les enjeux économiques et organisationnels priment désormais sur l'objet même du soin, obligeant les professionnels du service public à renoncer aux valeurs humanistes. À la lumière des notions essentielles que représentent le langage, les espaces transitionnels, les objets et le processus créatif, l'auteur propose des pistes de réflexions pour aborder la nature profonde des mutations qui s'opèrent dans la culture du soin et la place des ergothérapeutes.

Mots-clés : Économie – Étude critique – Évolution – Pôle d'activité – Politique – Sectorisation psychiatrique.