

UNIVERSITE Paris-EST MARNE-LA-VALLEE
En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP

Master 1P de philosophie pratique
Spécialité « éthique médicale et hospitalière »

PSYCHIATRIE OUVERTE OU FERMEE ?
« LE SYNDROME DE LA CHEMINEE »

Francis PROUTEAU
Responsable pédagogique : Professeur Eric FIAT

Septembre 2010

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
Chapitre premier	
ESPACE OUVERT, ESPACE FERME	7
La liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en psychiatrie	8
La dialectique de l'ouvert et du fermé	12
Réflexion sur <i>le topos</i>	13
La cheminée : un espace d'ouverture au monde	15
un espace d'ouverture à l'autre	16
Ouverture de l'âtre, ouverture de l'être	17
Humaniser ce qui est déshumanisé.....	19
Chapitre II	
COMMENT LE SOIN PERMET D'HABITER L'ESPACE ?.....	22
Habiter l'espace soignant	23
Habiter l'espace, habiter le temps	24
<i>Le temps pour une proximité dans le soin</i>	25
<i>Une vitre pour clore l'espace et le temps</i>	26
Espace de soins, lieu de rencontre	27
Chapitre III	
ESPACE ET LIBERTE	29
Peut-on être libre tout en étant malade dans son « être » ?	30
<i>Que veut dire le terme « liberté »,</i>	
<i>pour un patient hospitalisé sous contrainte ?</i>	31
L'espace ouvert ou fermé : quelle influence sur la liberté du patient ? .	32
<i>Comment le soin permet de libérer l'espace ?</i>	33
Le risque lié à l'espace en psychiatrie	34
Il n'y a pas de liberté sans risque	35
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE	40
INDEX NOMINUM	42
INDEX RERUM.....	43

INTRODUCTION

« Nous voudrions sortir ! » Ces mots résonnent à la porte du bureau des soignants, interpellés par trois patients qui souhaitent profiter d'une ballade dans les allées du parc. Nous avons d'un côté des personnes qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation sous contrainte, obligées de réclamer l'ouverture d'un service qui leur a été présenté comme un service « ouvert » ; et d'un autre côté des soignants qui en arrivent parfois à ne plus savoir pourquoi le service est fermé.

Notre expérience et nos rencontres professionnelles nous ont permis de constater l'écart considérable qui existe en matière de restriction de liberté, d'une institution à l'autre, voire d'un service à l'autre au sein d'un même établissement. Le patient hospitalisé, en perte d'autonomie avec sa souffrance psychique, se retrouve le plus souvent plongé dans un environnement, où des pratiques soignantes liées à de nombreuses restrictions de liberté ne facilitent pas son autonomie retrouvée. Même chez les 80% de patients en « hospitalisation libre », les exemples sont nombreux : mise en pyjama, interdiction de sortie, interdiction de téléphone...

Cependant, si le consentement du patient est recherché en permanence, même si le patient est « libre » de son hospitalisation, a-t-il le choix de dire non à toutes ces restrictions, face à sa souffrance et au désir du soignant, qu'il soit tout puissant dans ses certitudes et ses connaissances ou parfois impuissant dans un contexte qui le dépasse ?

En même temps, nous avons constaté qu'il y avait autant de fugues, sinon plus, dans une unité de soins fermée que dans une unité ouverte. Autre constat, les actes de violence sont aussi plus fréquents là où les privations de liberté sont les plus nombreuses. Et pourtant il arrive parfois que le patient lui-même demande à être protégé et à être enfermé¹. Alors les soignants laissent une « trace », puisqu'ils ont l'obligation de prouver, dans leurs écrits professionnels, que toutes les « bonnes pratiques » ont été mises en œuvre pour limiter les risques de passage à l'acte.

¹. *Notre vision de la sécurité à l'hôpital*, Film, Atelier audio-visuel CH G. Mazurelle, La Roche sur Yon, 2005.

Aussi, pouvons-nous dire que plus l'environnement du soin est fermé et contraint, plus il y a de risques, et qu'a contrario, plus il est ouvert moins il y a de risques ?

Le risque, comment le prévenir ? Comment tendre vers le risque zéro ? N'est-ce pas une illusion ? Dans le cadre d'un projet de reconstruction des unités de soins, cette notion du risque s'est invitée à toutes les phases du projet, dans tous les domaines (soins, hygiène, alimentaire, logistique, sécurité, architecture) et jusque dans les cheminées.

Depuis trois ans que nous travaillons sur le projet architectural dans sa partie aménagement de l'espace, les équipes médicales et soignantes ont exprimé à plusieurs reprises le souhait de continuer à bénéficier comme aujourd'hui d'une cheminée au sein de la salle de jour des futures unités. Mais certains « experts » considèrent d'emblée cette idée comme inenvisageable, et, à chaque fois, c'est le même couplet « sécurité - gestion des risques » qui nous est donné en réponse à notre demande. Aussi, lors de chaque réunion du groupe projet, nous réitérons cette demande, et la réponse est toujours la même, jusqu'au jour où, au moment d'arrêter l'avant projet définitif, en présence de nouveaux experts, la possibilité d'avoir des cheminées au sein des nouvelles unités n'est pas exclue. C'est possible nous dit-on, mais il y a une condition ! Et à la surprise générale cette condition est que cette cheminée soit à foyer ouvert. Dans ce monde qui tend de nouveau vers l'enfermement, ce foyer, cet être qui demande à être ouvert, invite aussi la maison, l'unité de soins à s'ouvrir. Après tant de sollicitations restées vaines pour obtenir cet accessoire si utile à nos yeux et cette réponse si simple, nous sommes restés un moment silencieux à nous regarder, jusqu'à cette phrase lancée par le Docteur Jean Pierre Garret² : « c'est le syndrome de la cheminée ». Interrogatif nous lui demandons d'éclairer son propos : « c'est simple, il en est de la cheminée comme pour l'environnement du soin en Psychiatrie, plus c'est ouvert, moins il y a de risques ».

Cette anecdote illustre parfaitement la réalité quotidienne des soignants en psychiatrie. Toujours plus de contraintes, toujours plus de restrictions pour limiter les risques, mais paradoxalement aussi toujours plus de violences. Alors dans nos pratiques soignantes en psychiatrie, est-ce que plus de liberté n'entraînerait pas

². Jean Pierre Garret, Médecin Psychiatre.

moins de risques ? La question de la liberté et de son rapport avec les risques en psychiatrie est essentielle dans une politique de soin.

Nous allons tenter d'évoquer dans cette recherche à partir de cet exemple de la cheminée ouverte ou fermée, les notions d'espace ouvert et fermé, de rencontre et d'ouverture à l'autre avec les enjeux soulignés par la gestion d'ouverture. Puis dans un second temps nous étudierons comment le soin et le temps en psychiatrie permettent d'habiter l'espace. Enfin nous chercherons en quoi l'aménagement de l'espace et son occupation intéressent la liberté du patient.

Chapitre premier

ESPACE OUVERT, ESPACE FERME

La liberté d'aller et venir chez les patients hospitalisés en psychiatrie

Le questionnement sur la liberté d'aller et venir, s'invite nécessairement dans les soins en Psychiatrie où, depuis une trentaine d'années, nous avons assisté à une évolution et à des changements considérables dans nos pratiques soignantes. A la fin des années 70, nous étions dans des établissements de soins où il n'était pas rare de voir des unités de plus de quatre vingt lits le plus souvent limitées à de grands dortoirs, puis nous avons vu s'ouvrir les portes de ces unités, sortir des patients reclus depuis des années, et fermer en nombre considérable les lits des hôpitaux psychiatriques³. La psychiatrie institutionnelle, l'organisation des soins au travers de la sectorisation et les nouvelles molécules pharmaceutiques nous ont porté dans cet élan qui promettait des jours meilleurs pour tous ceux qui souffrent de troubles psychiques. Avec 80% des patients aujourd'hui suivis dans la cité, certains imaginaient même de pouvoir supprimer définitivement ces lieux de soins qui restent des objets de fantasmes et de peur dans l'imaginaire collectif. Mais quels que soient la taille et le type de structure d'accueil et de soins pour les patients souffrant de maladies psychiques, force est de constater qu'il faut toujours des lieux qui puissent accueillir, soigner, et répondre à la demande d'une société et d'une cité toujours inquiète face à l'étrangeté de cet *état* appelé plus facilement « folie » que maladie.

Il est souvent étonnamment difficile de s'interroger sur les restrictions de liberté d'aller et venir en Psychiatrie, et pourtant, depuis quelques années nous assistons à la fermeture (des portes) progressive de bon nombre d'unités de soins. Un mouvement dont l'ampleur semble s'accroître inexorablement en lien avec une violence en augmentation au sein des institutions psychiatriques, mais pas uniquement (l'école par exemple). Cette violence le plus souvent liée aux patients hospitalisés sous contrainte n'est pourtant pas une nouveauté dans nos pratiques soignantes. En effet, depuis 1838⁴, l'organisation des soins en psychiatrie

³. 125 000 lits fermés ces vingt dernières années.

⁴. Loi du 30 juin 1838, *Loi sur les aliénés*, abrogée par la loi de 1990.

traduisait déjà cette préoccupation qui associait trouble, violence et privation de liberté ; la qualité des débats à l'époque reste d'une étonnante actualité comme le souligne ces propos tenus par les médecins en 1837 :

« En un mot, nous avons considéré que toute disposition sur les aliénés mettait naturellement en présence deux intérêts distincts : d'une part celui de l'ordre public qui peut être compromis par la divagation de l'insensé ; d'autre part, celui de la liberté individuelle qui peut être menacée par une détention arbitraire. L'un et l'autre de ces soins appartiennent à l'autorité administrative dans l'ordre de ses devoirs ; mais la défense du second est spécialement placée sous la protection de l'autorité judiciaire. Tel est le système du projet, en ce qui concerne l'action administrative et l'autorité judiciaire »⁵.

Mais cette violence qui contraindrait les soignants à fermer les portes des lieux de soins n'est sans doute pas la seule explication. Le manque d'effectif, les questions de surveillance, de sécurité, la cohabitation des patients dans une architecture souvent inadaptée peuvent être associés à la montée des situations de violence.

Aujourd'hui, la liberté d'aller et venir des patients en psychiatrie, devient une préoccupation quotidienne des soignants qui se trouvent tiraillés entre un arsenal législatif qui peut paraître incohérent, des modalités et des procédures d'exercice face à une réalité du quotidien qui les immerge au milieu de patients différents avec des pathologies différentes et des placements différents. Comment peut-on soigner l'autre contre son gré ? Alors que la Loi du 4 mars 2002⁶ nous précise combien le consentement éclairé est l'une des conditions de la qualité des soins et du respect de la dignité des personnes, nous avons un nombre toujours plus important⁷ (au regard du nombre croissant des hospitalisations) de patients hospitalisés sans leur consentement à la demande de tiers ou hospitalisés d'office à

⁵. J-C Pascal, « loi du 27 juin 1990, une loi de transition », *Information Psychiatrique*, n° 9, novembre 1992, p. 939.

⁶. Loi du 4 mars 2002, Article L.1111-4, Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁷. 20% des hospitalisations se font à la demande d'un tiers.

la demande de l'autorité administrative. Bien sûr, il existe de nombreuses modalités de prise en charge et des procédures qui fixent les restrictions au principe fondamental d'aller et venir, mais toutes ces prescriptions qui sont le quotidien du médecin Psychiatre ne sont pas sans incidences sur les organisations et sur l'ensemble des patients soignés dans l'unité. Et nous en sommes toujours à chercher des réponses à cette double question qui est de savoir comment canaliser les débordements de la folie tout en se portant garant des libertés fondamentales des patients que nous accueillons ? Peut-être est-il difficile d'aborder cette question parce qu'elle s'invite de façon récurrente dans nos pratiques.

Nous revoyons cette situation cocasse où cette unité ouverte se trouve fermée le jour de la visite des experts de la Haute Autorité de la Santé, et c'est pendant leur passage dans l'unité que trois patients se manifestent à la vitre du bureau des soignants pour réclamer qu'on leur ouvre la porte afin de sortir dans le parc. Ce jour là, les soignants justifient cette fermeture temporaire par la présence d'une personne âgée désorientée avec risque de fugue. Mais le lendemain, alors que nous allons à nouveau dans cette unité, nous nous trouvons toujours face à une porte close. Et c'est là qu'une soignante nous explique qu'une patiente admise depuis environ deux heures, présente des conduites suicidaires avec risques de fugue, nous l'apercevons d'ailleurs qui déambule dans les couloirs. Une discussion s'engage avec une partie de l'équipe soignante et nous constatons que cette patiente est hospitalisée de son plein gré, alors certains s'étonnent qu'une patiente en hospitalisation libre nécessite de fermer les portes d'une unité et ce, au détriment des autres patients qui eux devraient pouvoir aller et venir comme bon leur semble. Une heure après ces derniers faits, nous croisons la patiente dans le parc en compagnie d'un membre de sa famille, et nous pensons alors que la situation de cette personne ne constitue plus un risque pour elle, aussi de retour à l'unité de soins nous pensons trouver les portes ouvertes. Mais rien n'a changé, les portes sont toujours fermées, et là une autre soignante nous explique cet état de fait par le risque de fugue d'un patient âgé. Après un échange avec l'équipe, il s'avère que, pris dans un fonctionnement d'unité, avec le poids des habitudes et une gestion du quotidien qui met sous pression le personnel soignant, nous en arrivons parfois à des pratiques difficiles à justifier, ici en l'occurrence personne ne peut expliquer pourquoi les portes sont fermées. C'est d'ailleurs ce

qu'Aristote faisait remarquer lorsqu'il disait que l'habitude peut être la pire des choses quand elle engendre la routine et nous fige dans des automatismes. Et l'expérience montre bien que les habitudes ne suffisent pas pour être vertueux face aux situations critiques.

Il est vrai que la fermeture des portes évite bien souvent de se poser des questions comme celle du risque, du bien ou du mal « fait » de nos actions soignantes, et ce peut être une solution de facilité qui rassure le soignant : « la porte est fermée, je peux passer à autre chose et je reverrai plus tard ce patient qui pose problème,... il sera toujours là dans une heure ». La porte fermée, cela semble plus facile même si nous observons le plus souvent que les patients passent par les jardins pour fuguer. Les restrictions font partie intégrante des soins et une des difficultés est de pouvoir contenir un patient dans un espace ouvert. Nous ne parlerons pas ici de la chambre d'isolement, ni de toutes les restrictions qui concernent l'usage du téléphone, les visites, ou les sorties qui ont cependant des incidences avérées sur le degré de violence perceptible au sein des services de Psychiatrie et qui, par là même, questionnent quotidiennement les notions d'ouvert et de fermé. De l'espace ouvert ou l'espace fermé, nous pourrions penser que ce dernier permettrait de prendre des risques de façon plus rationnelle, mais la notion d'ouverture et de fermeture n'apporte pas toutes les réponses face au risque. Gérard Chazal nous dit : « la seule chose que nous ayons en commun, c'est la raison, cette faculté de nous projeter dans le futur et de saisir les possibles. Nous pouvons donc en mesurer les degrés d'ouverture. Défendre un mouvement d'ouverture contre un mouvement de clôture...c'est aussi défendre la liberté aujourd'hui et demain. »⁸

Il est donc important de réfléchir et de clarifier, pour chaque patient « être singulier », cette notion d'ouvert et de fermé. Avec, d'un côté, des préconisations qui nous demandent de tenir compte des libertés d'aller et venir, de la loi avec toutes ses contraintes, et de l'autre la clinique psychiatrique. Il nous semble aujourd'hui anormal qu'un patient se trouve enfermé derrière une porte uniquement pour des raisons architecturales et d'organisation. Nous mesurons bien ici toute la difficulté dans les choix qui s'imposent au quotidien pour les équipes soignantes confrontées au patient « être singulier », aux patients dans un groupe, à

⁸. Gérard Chazal, *Dimension anthropologique du risque technique*, Techniques et Philosophies des risques, Ed C. Kermisch et G Hottois, 2007, p. 69.

un environnement architectural et à une organisation qui s'adressent à l'ensemble. Quelle est alors « la décision réfléchie », ainsi nommée par Aristote, que nous pourrions prendre ? « Ainsi donc, le juste est quelque chose de proportionnel [...] car la proportion est une égalité de rapport.»⁹ Tout comme pour les équipes soignantes auxquelles cette réflexion, ce questionnement éthique s'imposent, aussi, essayons dans notre étude d'approfondir ces notions d'ouvert et de fermé.

La dialectique de l'ouvert et du fermé

Quand il s'agit de parler d'espace ouvert ou fermé au sein de nos institutions psychiatriques, de quel espace parle t-on ? En effet, il est facile d'imaginer que la perception de cet espace est différente selon les individus concernés. Du point de vue des soignants, l'espace unité de soins représente un « Tout » soignant organisé en micro-espaces qui eux-mêmes possèdent des fonctions différentes au niveau du soin. Bien sûr, il paraît nécessaire que cette organisation soit ordonnée et réglée comme peut l'être le cosmos, et tout doit être en ordre et fait pour le bien de l'autre. Et c'est pour « ce bien de l'autre », que le soignant s'autorise ou non à fermer ou à ne pas fermer ces portes qui sont l'ouverture vers un autre monde pour le patient, un monde qui serait celui des « biens portants ». Fermer un lieu qui, par principe, se veut ouvert, doit être une action réfléchie, action qui doit faire suite à une délibération d'équipe, puis à une décision collégiale et enfin être l'exécution d'une prescription. Dans ces circonstances, c'est la décision de fermer qui devrait interroger le plus les soignants, une décision qui les met face à un choix. Contrairement à l'animal, l'homme décide d'agir ou de ne pas agir, « En effet, la décision n'est pas une chose qu'ont également en partage les êtres sans raison.»¹⁰ Mais, « Nous ne délibérons que sur les choses qui sont en notre pouvoir »¹¹. Et nous avons le pouvoir de fermer l'unité de soins et ainsi de maîtriser les entrées et sorties, mais pour autant, avons-nous la maîtrise de ces espaces de soins qui forment l'unité ? Sommes-nous rassurés de savoir les portes closes, comme le maître de maison se veut moins

⁹. Aristote, *Ethique à Nicomaque, Livre V*, Le livre de poche, La Flèche, 2007 p. 201.

¹⁰. *Idem*, Livre III, p. 11.

¹¹. *Ibidem.*, Livre III, p. 118.

inquiet après avoir fermé portes et volets ? Aussi, qu'en est-il du point de vue des patients ? La dialectique de l'ouvert et du fermé entre l'espace de soins des patients et l'espace soignant occupe une place importante dans la prise en charge en psychiatrie.

Espace public par excellence, l'unité de soins est le reflet de la vie extérieure où la violence semble de plus en plus présente. L'espace n'est pas seulement un décor, il est aussi acteur du soin. Pour le patient, l'espace de soins peut être vécu comme dangereux ou protecteur. Imaginons un instant notre admission dans un service de psychiatrie, où nous sommes déjà dans un état d'angoisse qui accompagne un bon nombre de symptômes. Nous y trouvons un lieu, un espace que nous ne connaissons pas, avec une chambre (espace privé) que l'on doit partager encore dans certains services avec un ou plusieurs patients, puis d'autres chambres, des salles de soins et d'entretiens où l'on peut espérer avoir une relation privilégiée, individuelle avec un soignant, et enfin des lieux communs aussi variés qu'inquiétants au premier abord. Inquiétant par la nouveauté, la méconnaissance du lieu avec une architecture parfois déroutante et surtout par la présence de l'autre qui renvoie en miroir l'image de la maladie.

De nombreux patients ont su nous dire, combien ce premier contact, cette première immersion dans un lieu inconnu était source d'angoisse et de perte. L'action soignante à cet instant reste un des moments forts de l'hospitalisation et engage bien souvent la suite de la prise en charge. Le patient qui nous arrive seul avec sa maladie dans cet inconnu, au milieu d'autres (êtres) inconnus, va devoir appréhender différents espaces parfois ouverts, parfois fermés, dans un temps qui n'est plus le sien. Il est important pour le patient de pouvoir trouver un lieu qui lui permette de ne pas perdre totalement pied dans ce monde inquiétant qu'il découvre.

Réflexion sur le *topos*

Dans la langue grecque, le *topos* signifie le lieu, la région et aussi l'emplacement, partie du corps. Ce lieu d'hospitalité, est-il un lieu en lui-même, par lui-même qui soigne ? De l'asile à l'EPSM (établissement public de santé

mentale), ce même lieu a changé de nom comme de finalité depuis le XIX^e siècle. Les malades mentaux (aujourd'hui nous parlerons de handicap psychique), ne sont hospitalisés que depuis 1990 ; auparavant, sous le régime de la loi de 1838, les aliénés étaient internés par une mesure de placement, qui ne veut rien dire d'autre que « mettre quelqu'un en un certain endroit », puis ensuite « accorder une faveur » dont l'une était d'être « en pension hors du milieu familial ».¹² Ce mot *Asile* garde encore aujourd'hui son sens péjoratif dans le langage courant, pour désigner ce lieu où l'on doit mettre ceux (les fous) qui seraient dangereux pour la société. Et pourtant, ce mot *Asile* qui signifie littéralement « personne et biens qu'on ne peut saisir comme butin » puis « lieu sacré où ce privilège est accordé, à l'étranger de quelque importance ».¹³ « Ce beau mot (dans sa seconde définition) a été choisi, au XIX^e siècle pour désigner le lieu profane où la société se protégerait, et par là même protégerait toute personne, quelque soit son importance, qui serait devenue étrangère à elle-même (aliénée), et de lui accorder l'insaisissabilité civile (au prix de son incapacité) ou pénale (au bénéfice de son irresponsabilité) »¹⁴. Mais de cet internement (pour la protection des personnes), nous sommes passés à un enfermement qui entraîne le péjoratif « asilaire », ceci renforcé par l'assimilation avec le concentrationnaire surtout pendant et après la seconde guerre mondiale. Le lieu *Asile* (d'aliénés) est donc devenu hôpital psychiatrique. L'hôpital, est tout d'abord cette « maison hospitalière » où l'on accueille les personnes démunies, tout comme cette auberge, premier lieu d'accueil hospitalier où le bon samaritain dit à l'aubergiste « Aie soin de lui, [...] c'est moi qui te paierai lors de mon retour. »¹⁵

Et au sein de ce lieu hospitalier, s'il existe un lieu dans nos unités de soins suffisamment neutre pour le patient, c'est souvent la salle de jour où l'on trouve généralement une télévision qui, allumée (ouverte sur un autre monde, d'images, d'imaginaire...) en continue sur la journée, capte plus ou moins l'attention de certains patients et leur permet tout en « étant là » « d'être ailleurs ». Ils disent alors : qu'ils sont « à la Télé ». Dans toutes les unités de soins de notre

¹². *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1992. p. 1654.

¹³. *Idem*. p. 134.

¹⁴. Jean-Damien Chéné, « D'une possible hospitalité thérapeutique de (ou dans) l'hébergement », *Réflexion sur les maisons thérapeutiques*, CH Georges Mazurelle, Secteur NE 2001, p.21 .

¹⁵. Evangile selon Saint Luc, 10, 38, *La Bible de Jérusalem*, p. 1555.

établissement, il existe un autre espace qui garde cette neutralité, il se situe là où l'on trouve la cheminée. La cheminée comme métonymie avec son âtre, son foyer, son feu, son conduit, et sa fumée qui s'échappe vers le ciel. Ce mot « âtre » qui nous vient du latin *astracum* signifie « dalle » puis « pavement », il est ce lieu singulier au cœur de la maison : le foyer, « même si l'âtre à la différence de foyer, est demeuré une désignation concrète de la cheminée servant à faire le feu »¹⁶. Autour de l'âtre, la communauté soignant-soigné formerait-elle « foyer » ? De cet âtre ouvert sur les êtres qui l'entourent, nous trouvons un « foyer » qui nous conduit et s'ouvre lui aussi par la métaphore vers d'autres foyers comme le foyer d'hébergement, le foyer thérapeutique.

La cheminée, un espace d'ouverture au monde...

La cheminée, c'est aussi le feu et ses flammes toujours vivantes. Nous pouvons y observer certains patients, immobiles, le regard fixé sur la cheminée avec ses flammes et sa fumée qui s'élève dans un spectacle toujours vivant. « Dans une flamme, le monde n'est-il pas vivant ? La flamme n'a-t-elle pas une vie ? N'est-elle pas le signe visible d'un être intime, le signe d'une puissance secrète ? »¹⁷ L'homme soucieux, inquiet, angoissé peut avoir près de la cheminée l'espace qui lui permet de trouver à la fois de la compagnie et de conserver son besoin de solitude, « l'homme a tant besoin d'une compagnie, qu'en rêvant dans la solitude il se sent moins seul devant la chandelle allumée »¹⁸. Même si Bachelard nous dit que « l'on s'endort devant le feu. On ne s'endort pas devant la flamme d'une chandelle »¹⁹; « le feu dans l'âtre peut distraire le « tisonneur ». L'homme devant un feu prolix peut aider le bois à brûler, il place à temps voulu une bûche supplémentaire. »²⁰

Par moment, tels les prisonniers dans l'allégorie de la caverne de Platon, ils semblent chercher devant le feu qui danse, à définir ou interpréter ce qui les fait souffrir. Enchaînés par la maladie, prisonniers de leur souffrance, peut-être

¹⁶. *Dictionnaire historique de la langue Française*, op.cit., p. 246.

¹⁷. Gaston Bachelard, *La flamme d'une chandelle*, PUF/Quadrige, p. 20.

¹⁸. *Idem*, p. 35.

¹⁹. *Ibidem*, p. 10.

²⁰. *Ibidem*, p. 35.

vivent-ils eux aussi dans un monde d'illusions, d'apparences, qui ne leur permet pas d'accéder à une connaissance suffisante de leur pathologie pour pouvoir se libérer. Quel sera le chemin, à travers cette cheminée, qui leur donnera la possibilité de connaître la vérité sur leur « être » malade ? Quel sera le chemin qui les amènera vers le monde réel ? Si nous restons dans l'allégorie de la caverne, le chemin du patient comme celui du prisonnier sera long et semé d'embûches. « Si on les guérissait de leurs égarements ? »²¹ Par cette formule, Platon veut nous dire qu'il faut les sortir de leur état d'ignorance et d'illusion qui sont pour lui une maladie. C'est au soignant d'aider le patient à sortir de son monde de souffrance pour aller vers un monde libéré de sa maladie (le monde de vérité pour Platon). Si nous restons dans l'allégorie de la caverne, le prisonnier après son incursion dans le monde réel revient dans la caverne pour guider et libérer ses anciens compagnons, de la même façon le lieu « cheminée » reste aussi l'endroit où le patient revient se poser à différents stades de sa prise en charge, et tente la rencontre avec l'autre « compagnon de maladie » dans l'espoir de le sortir de ses illusions et de ses apparences.

Espace d'ouverture à l'autre...

Il se produit aussi autour de la cheminée un partage, une étrange communion entre les différentes personnes assises près du feu. Des mains qui se tendent vers la chaleur, des yeux attirés par la beauté des flammes dansantes... Le feu du foyer est souvent un médiateur important dans la relation à l'autre, cet être ouvert est celui qui permet l'ouverture à l'autre à travers une complicité partagée autour de tout ce qui fait le charme de la cheminée. Cet espace nous permettrait-il de « cheminer » vers une réflexion partagée dans une relation soignant-soigné ?

La cheminée est aussi un espace de partage. Le lieu lui-même, le foyer, est un espace partagé, sa chaleur est aussi partagée ; il est difficile et rare d'observer quelqu'un qui veuille s'approprier ce lieu pour lui seul. Il est moins rare de voir les personnes, autour du feu, même sans dire mot se faire de la place et s'inviter par des gestes à venir se réchauffer, ou tout simplement à venir s'asseoir, juste pour

²¹. Platon, *La République*, Livre VII, paragraphe 515.

être là, pour « être » tout simplement, pour exister. La cheminée pourrait donc être cet espace, ce lieu propice d'ouverture à l'autre, de relation aux autres patients et assurément aux soignants.

Ouverture de l'âtre, ouverture de l'être

Il est surprenant, le silence qui s'écoute lorsque nous nous asseyons autour du foyer avec les patients. Nous les retrouvons le plus souvent « posés là », c'est le lieu le plus fréquenté dans l'unité de soins quand le « foyer » est en activité, et il est intéressant d'observer ce qui se vit autour de l'âtre. « Posé là », c'est « être là », exister là, dans ce lieu si particulier et en même temps anonyme où le patient peut se sentir rassuré et contenu ou alors se sentir comme face au néant, au bord de l'abîme. Le patient se laisse aller du néant où il pourrait disparaître (en fumée), à un étant qui existe au milieu des autres. Heidegger, lorsqu'il tente de renouveler la question du « sens de l'être », nous dit que « "l'essence" du *Dasein* réside dans son existence »²², car pour lui seul l'homme existe, dans l'existence de l'homme est incluse son essence. Tout ce qui fait l'essence de l'homme, est son mode d'existence, sa façon « d'être là ». Certains nous semblent ailleurs, d'autres paraissent inquiets, angoissés. Une angoisse, comme nous le dit Heidegger qui rend tout étranger (toute chose, y compris nous-mêmes), une angoisse comme un sentiment d'inquiétante étrangeté, d'*Unheimlichkeit* nous disait Freud, comme la non familiarité, le fait de ne pas se sentir chez soi « comme à la maison ». Mais avant cette non familiarité, avant d'être comme étranger dans cet espace, la situation du patient qui semble comme prostré devant le feu, dans un ailleurs, nous ramène au concept de la *Geworfenheit* (déréliction), terme souvent traduit par « être jeté ». Dans ces moments, « l'être » semble jeté là (comme jeté au feu), abandonné, sans l'avoir choisi, être seul autour du feu, et rien d'autre n'existe que ce feu qui rend prisonnier sa pensée et alimente ses angoisses. L'âtre n'est plus ce foyer source de chaleur mais un néant source d'angoisse. « C'est pourquoi lorsque l'angoisse révèle le néant de toutes choses, elle "dé-payse" radicalement le *Dasein*, mais aussi lui révèle son propre séjour : à savoir d'être [...] étranger, l'être "hors de

²². Heidegger, *Etre et Temps*, trad. F. Veizin, Gallimard, 1986, p. 42.

soi" ou "pas de chez soi", "pas à la maison". »²³ L'homme qui s'installe devant la cheminée, s'y installe-t-il comme un *dasein*, comme un « être » en chute dans un néant ? S'y installe-t-il parce qu'il est angoissé ? Et pour remédier à son angoisse, le lieu est-il hospitalier ou inhospitalier ? Aussi, le patient qui n'est plus dans son univers familial, renvoie à l'autre cette inquiétante étrangeté dont nous parlait Freud, et cette angoisse qui se lit sur son visage suscite de l'angoisse aussi chez l'autre qui à son tour devient « inquiétant ». Alors cette cheminée serait-elle la porte ouverte sur un néant qui aspirerait le patient et ses angoisses, avec la fumée du foyer ? Mais le foyer peut être aussi un des rares lieux qui rappellent le « chez-soi ».

En effet, l'espace « cheminée » n'est pas uniquement ce lieu où naissent et se renforcent les angoisses, ce n'est pas qu'un lieu qui semble pour certains appartenir au néant. Il ressemble aussi à un univers de contemplation où l'esprit vagabonde et s'échappe vers un dehors tout comme la fumée qui monte et s'élève par le boisseau qui le « conduit » vers le monde extérieur. L'âtre est comme une porte ouverte sur le dehors : « La Porte ! La porte, c'est tout un cosmos de l'Entr'ouvert [...] l'origine même d'une rêverie où s'accumulent désirs et tentations, la tentation d'ouvrir l'être en son tréfonds »²⁴. Ainsi, l'âtre n'est plus seulement ce néant ou « l'être » se noie, où « l'être » s'ennuie. Il peut aussi devenir un imaginaire alimenté par la réminiscence de souvenirs agréables, de moments passés près des nombreuses cheminées auprès desquelles le patient a vécu. « La flamme porte sa valeur de métaphores et d'images dans les domaines de méditation les plus divers. »²⁵

Le spectacle vivant du feu dans la cheminée qui s'accompagne de chaleur est aussi propice à la méditation. Les flammes qui captivent notre attention peuvent libérer la pensée sans limite. « Mais il est plus salutaire pour la pensée de cheminer parmi les choses surprenantes que de s'installer dans les choses claires »²⁶. En effet, combien de fois entendons-nous les patients se plaindre de leur difficulté à mettre de l'ordre dans leurs pensées. Pourtant ce cheminement tortueux, qui apporte un soulagement ou qui fait souffrir, nécessite, cependant, de

²³. Martin Heidegger, « qu'est-ce que la métaphysique », *Les Intégrales de philo*, Éditions Nathan, 1998, p.35.

²⁴. Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace*, PUF 1957, Paris, p.200.

²⁵. Gaston Bachelard, *La flamme d'une chandelle*, PUF/Quadrige, 1986, p. 11.

²⁶. Martin Heidegger, *Essais et conférences*, Gallimard, 1958, p. 275.

se confronter à la réalité et constitue autant d'impasses à négocier pour le patient. Autant de chemins qui ne mènent nulle part, comme ceux décrits par Heidegger, lorsqu'il parle des *Holzwege* utilisés par les bûcherons, «de tous ces chemins qui mènent nulle part, l'homme ramène du bois et s'en servira pour allumer son feu»²⁷. Peut-être en ce lieu, le soignant saura-t-il trouver une ouverture pour découvrir ce *Dasein* unique et si particulier pour chaque patient ?

Peut-être, ce lieu si chaleureux qu'est l'âtre, offre-t-il l'espace idéal pour réfléchir à cette question de « l'être » si chère à Heidegger qui la développe par son concept du *Dasein*. Dans les difficultés psychiques que rencontrent les malades soignés en psychiatrie, ces questions sur l'existence, la valeur, la réalité de chaque « être » sont nécessairement abordées pour que ces malades puissent « être mieux », pour que leur vie « existence » soit « viable » pour eux et pour les autres, et pour qu'ils puissent revivre en humanité.

Humaniser ce qui est déshumanisé

Humaniser, ce terme émane de « *humain* » qui provient lui même du latin *humanus* et qui signifie « donner la nature humaine » a vu apparaître le mot déshumanisé au XVII^e siècle, puis déshumanisant en 1944. Y aurait-il de l'inhumain à l'hôpital psychiatrique ? La question peut faire sourire, et dans tout ce qui s'y fait et ce qui y est, il y a assurément de l'inhumain. Mais l'on y trouve aussi beaucoup d'humanité, d'ailleurs, dans leur grande majorité, les professionnels qui y exercent leur métier, se font fort de rappeler qu'ils travaillent sur de « l'humain » pour ne pas dire « avec humanité ».

Si l'on veut bien se limiter aux espaces de soins, il est vrai que l'héritage du passé nous laisse en bien des endroits des espaces déshumanisants, qui ne facilitent pas et peuvent rendre impossible tout espoir d'amélioration de l'état de santé des malades. Après les hôpitaux nés de la loi de 1838, nous avons vu apparaître dans les années 1960 avec les nouveaux traitements neuroleptiques, « l'hôpital village » avec le concept de « psychothérapie institutionnelle » qui rendait thérapeutique tout ce qui était dans l'environnement du malade. Cette

²⁷. Éric Fiat, cours Master 1 de Philosophie pratique, mars 2010.

nouvelle pensée soignante n'est pas sans nous rappeler un principe aristotélicien qui est de bâtir la cité pour la recherche d'un bien commun. Nous ne pouvons nous empêcher ici de rendre hommage à ce directeur et à ces médecins²⁸ qui demandèrent dans les années 1970 au « jardinier » responsable des espaces verts, d'aménager l'espace extérieur pour qu'il participe aux soins et au bien être du patient. Il en fut de même pour les nouveaux bâtiments construits à la même période. Avec la fin des grands dortoirs et de la grande salle commune, nous voyons s'agencer de grandes salles de jour (différenciées des salles à manger), qui s'organisent autour d'une grande cheminée ouverte au centre de l'unité. Il est surprenant de constater que ces « nouveaux » bâtiments des années 1970 au nombre de quatre (pour 192 patients), tout en ne modifiant pas leur aspect extérieur, avec le temps qui passe, se « transforment » de l'intérieur, pour donner une identité, une « âme soignante » propre à chacun d'eux.

Aujourd'hui, l'aménagement de l'espace et les nouveaux choix en termes d'architecture s'orientent plus vers la recherche du même individualisme que l'on retrouve dans notre monde contemporain, c'est cet « égoïsme social »²⁹ dont nous parle Alexis de Tocqueville. Comment garder le souci de l'autre et de tous les autres dans un monde où l'individualisme et le « sécuritarisme » sont la règle. Notre façon d'habiter le monde, notre habitat d'aujourd'hui montre bien l'influence de cette culture sécuritaire qui s'installe. Alors le risque est grand de voir se construire des habitats qui ressemblent à des bunkers où l'important est de se protéger, d'éviter l'autre. Mais alors, comment dans un psychisme, mis à mal par la maladie, peut-on se reconstruire dans son « être » parmi les autres et s'humaniser, dans un environnement morcelé, où le patient serait « posé » là, dans une niche blindée pour se protéger de l'autre.

Nous sommes loin de la pensée lévinassienne pour qui « l'être » ne se construit que par l'autre. Si l'homme ne peut être que par l'autre et avec l'autre, il est donc nécessaire de prévoir des espaces et des lieux de convivialité, de

²⁸. Georges Mazurelle, Dr Michel et Nicole Horassius, Dr Pierre Pennec.

²⁹. Alexis de Tocqueville : « l'individualisme est un sentiment réfléchi et paisible qui dispose chaque citoyen à s'isoler de la masse de ses semblables et à se retirer à l'écart avec sa famille et ses amis; de telle sorte que, il abandonne volontiers la grande société à elle même » *De la Démocratie en Amérique*, tome II, 2ème partie, chapitre 2.

rencontre qui redonneront toute son humanité au patient comme à ceux qui le soignent. L'espace autour de la cheminée peut être ce lieu qui va permettre à « l'autre souffrant » de (se) (dé) livrer sa peine et sa douleur, comme le dit si joliment Gaston Bachelard : « Il ne faut qu'un soir d'hiver, que le vent autour de la maison, qu'un feu clair, pour qu'une âme douloureuse dise à la fois ses souvenirs et ses peines. »³⁰

³⁰. Gaston Bachelard, *La psychanalyse du feu*, Folio/Essais, p. 15.

Chapitre II

COMMENT LE SOIN PERMET D'HABITER L'ESPACE ?

Habiter l'espace soignant

Habiter, habitus, habitude, c'est une modalité de « l'avoir », mais que sait-on de ce que possède le patient lorsqu'il arrive ? Des symptômes, une maladie, et cette « inquiétante étrangeté » que dégage ce nouvel hôte malade, consentent ou non à se faire soigner. L'hôpital, cet espace soignant tout aussi inquiétant pour le malade qui dans ce nouvel univers perd ses habitudes et ne peut donc plus « habiter » le monde comme il en avait l'habitude. Pour Martin Heidegger³¹ l'habiter ne peut se réduire pour l'homme au simple fait de posséder un logement. Pour lui, habiter veut dire « *être sur terre comme mortel* », ou encore « *être présent au monde et à autrui* », soit être homme. Le patient qui souffre de ses angoisses, n'habite pas bien en lui-même, ses moments d'harmonie sont rares, et il lui faut pourtant se réinvestir en lui pour habiter un nouvel espace qu'est l'unité de soins pour enfin mieux habiter en lui-même.

Habiter l'espace soignant, habiter l'hôpital, ne semble donc pas à première vue une situation facile, l'être se trouve habité par un « mal », et se doit d'habiter un espace inconnu. Tous les repères sont changés pour le malade, jusqu'à son horloge biologique qui doit se mettre au rythme de celle de l'unité. Comment ne pas rajouter de l'angoisse à l'angoisse lorsque les repères physiques changent, que les odeurs changent, et que les « êtres », soignants ou non, changent aussi ? Dans ce contexte, le soignant a besoin de tout son art dans la fonction d'accueil pour permettre au patient d'investir de la façon la moins traumatisante possible ce nouvel espace qu'il découvre, et lui donner la possibilité de l'habiter. Les différentes enquêtes de satisfaction et autres mesures de qualité montrent l'importance du premier entretien et de l'accueil en général.

Lorsque Heidegger nous dit que : « le rapport de l'homme à des lieux et, par des lieux, à des espaces réside dans l'habitation. La relation de l'homme et de l'espace n'est rien d'autre que l'habitation pensée dans son être. »³², il nous est bien difficile d'imaginer ce qu'un être souffrant pense des murs de l'hôpital qui est censé le guérir de ses maux. Et que dire du patient délirant quant à sa perception

³¹. Martin Heidegger, *Essais et Conférences*, op. cit., p.175.

³². *Idem*, p. 188.

de l'espace ? « L'espace est essentiellement ce qui a été "ménagé", ce que l'on a fait entrer dans sa limite. »³³ Il se pose ici le problème des limites propres à chacun, et qui évoluent sans cesse au cours de la prise en charge. Habiter l'espace soignant devient nécessaire pour le malade, c'est reconnaître qu'il a besoin de soins. D'ailleurs, dans leur grande majorité, les patients hospitalisés sans leur consentement, même dans un espace ouvert, s'ils ne cherchent pas à fuguer, acceptent-ils peut-être « d'habiter » l'hôpital et tout simplement d'être soignés. « Etre homme veut dire : être sur terre comme mortel, c'est à dire : habiter. Maintenant, le vieux mot *bauen*, qui nous dit que l'homme est pour autant qu'il *habite*, ce mot *bauen*, toutefois, signifie aussi : enclore et soigner »³⁴. Il s'agit donc pour le patient « d'habiter » cet espace de soins ; mais habiter l'espace, c'est aussi habiter le temps, le temps qui sera nécessaire pour que le patient puisse retourner chez lui.

Habiter l'espace, habiter le temps

Habiter l'espace, c'est habiter le temps. Il nous est difficile de parler de l'espace, sans parler du temps. La qualité d'un lieu, d'un espace qui se veut soignant est de porter le signe que ce n'est pas un temps définitif. L'espace est clos, pour un temps donné et pour offrir à l'autre (le patient) une ouverture pour repartir vers un ailleurs. Les premiers temps d'isolement en chambre restent pour le patient, le vécu le plus douloureux d'une hospitalisation. Nous connaissons l'importance d'une pendule, d'un calendrier pour que le patient se repère dans ce temps, « chronos », qui n'est plus le sien; mais il est plus important encore de lui signifier les limites de cette clôture du temps. Si le temps est spatialisé, il est clos, si nous « dé spatialisons » le temps, nous ouvrons, nous offrons une ouverture. Pour le patient, dans la clôture de l'espace, ce qui est intolérable, c'est la clôture du temps.

Le traumatisme d'une première admission, dans un lieu inconnu, lié à la perte des repères du temps et de l'espace, n'est habituellement pas, pour nous soignant, la priorité dans les premières actions qui sont mises en œuvre lors de

³³. *Ibidem*, p. 183.

³⁴. *Ibidem*, p. 173.

l'accueil du patient. La « sécurité » du patient et son corollaire sont les priorités. Pourtant, l'expérience nous montre que lorsqu'une information claire lui est transmise sur « les temps du soin », et même si le consentement n'est pas toujours présent, le traumatisme de l'admission et le degré d'agressivité qui peut l'accompagner, s'en trouvent souvent diminués.

Il serait donc nécessaire que l'aménagement de l'espace se réalise en adéquation avec une organisation qui se doit d'être au service du temps soignant, lui-même au service du patient. Chaque lieu de l'unité de soins doit s'inscrire dans un temps du soin favorisant ainsi des temps d'isolement, des moments de quiétude, des temps de rencontre, de convivialité. Ainsi notre cheminée trouve toute sa place pour les temps de quiétude, de repos intérieur, de convivialité et de rencontre.

Le temps pour une proximité dans le soin

On observe aujourd'hui dans les nouvelles constructions d'unités de soins psychiatriques, le positionnement stratégique du bureau infirmier au cœur de l'unité, avec le souci de la plus grande proximité entre patient et soignant. Notre pratique quotidienne nous montre combien le bureau des soignants a ce pouvoir « d'aimant » sur les patients qui stationnent souvent et parfois longuement devant les portes de ce lieu où tout semble se décider de leur devenir. Heidegger nous interroge sur : « Qu'est-ce que la proximité, si elle demeure absente malgré la réduction des plus grandes distances aux plus petits intervalles ? »³⁵ En effet, l'espace peut bien favoriser la proximité, mais si le temps accordé à l'autre n'existe pas, que vaut alors cette proximité ?

La proximité en tant qu'architecture est lié à une centralité qui peut avoir son inconvénient, comme par exemple être du côté du panoptique, (surveiller et punir, dans la fameuse architecture utopique et carcérale imaginée par le philosophe utilitariste Jeremy Bentham). La centralité du bureau soignant, (que l'on trouve souvent au sein de nos unités), peut ne pas être du côté de la proximité

³⁵. *Ibidem*, p. 195.

mais du côté du panoptique, et de toute façon la proximité architecturale, et même physique ne fait pas une proximité humaine.

La proximité humaine, c'est si tu permets à l'autre de s'approcher de toi, de par ton attitude ou ton organisation ou ton architecture. L'architecture, elle positionne une salle au centre du dispositif, mais elle positionne aussi une clôture, y compris une clôture transparente, et si nous avons une clôture transparente, nous avons l'idée que, entre l'extérieur et l'intérieur, il y a une évidente transparence, et une évidente séparation. La proximité que recherchent les patients c'est être proche physiquement du soignant. Cela nous pose la question de la présence soignante, en lien avec la question de la transparence.

Une vitre pour « clore » l'espace et le temps

S'interroger sur la « transparence » – définit dans le Petit Robert comme ce qui « laisse passer la lumière et paraître avec netteté les objets qui se trouvent derrière » –, c'est explorer des rapports au monde. Alors que dire des soignants qui stationnent souvent dans le bureau infirmier, devant leurs dossiers de soins informatisés ? Ce dossier informatique du patient qui est aussi une transparence et un écran, celui de l'ordinateur et aussi l'écran symbolique qui est l'histoire écrite de l'autre que l'on soigne. Cependant, ce bureau soignant n'est jamais totalement clos au sens d'une chambre noire avec des portes pleines, ce n'est pas la chambre du patient, ni le bureau de consultation, où l'intimité est nécessaire. Le bureau possède des vitres, et cet espace vitré bien spécifique, n'est jamais totalement clos, ni totalement ouvert. D'ailleurs, même une vitre n'est jamais totalement transparente puisqu'elle ne laisse pas passer les rayons ultra-violets, mais elle laisse passer ce qui est du visible et c'est sans doute là l'important pour le patient. Important pour lui de savoir que nous les soignants, sommes là derrière cette vitre, dans cet espace vitré qui agit comme un « aimant », qui marque une limite, qui nous éloigne et nous rapproche à la fois des patients. La nécessité de la clôture, de la vision active, de la séparation intérieur/extérieur, c'est toute la complexité du travail des soignants qui se doivent d'ajuster un niveau de transparence propre à chaque patient. En fait tout le travail soignant est effectivement de dire que cette évidente transparence et cette évidente séparation n'est pas un obstacle à se rendre

prochain, à se rendre proche du patient. Toute la difficulté et l'art du soignant en psychiatrie, réside peut-être dans cet exercice difficile de la relation à l'autre, dans cet « être proche » de l'autre qui permet de ne pas « briser la vitre ».

Il est vrai que lorsque nous observons sur la journée d'un soignant, l'augmentation régulière du temps dédié aux actions afférentes aux soins, nous pouvons nous interroger sur cette proximité soignante. Alors, comment permettre la véritable rencontre, et cette relation soignant-soigné qui est l'essence même de ce beau métier de soignant en psychiatrie ?

Espace de soins, lieu de rencontre

L'espace de soin devient soignant parce qu'il y a l'autre, c'est la sollicitude de l'autre (le soignant) envers celui qui souffre, qui donne la dimension soignante des espaces. C'est parce que ce lieu est habité en permanence par une présence soignante, qu'il devient espace de soins. Et c'est la rencontre de l'autre qui se transforme en soin pour l'autre, tout particulièrement en service de psychiatrie. Quelle que soit la discipline médicale, le temps du soin passe par le temps de la rencontre.

Chaque espace de l'unité trouve une fonction soignante et chaque espace a une fonction elle-même dédiée à une relation aux soins. La finalité des espaces à l'hôpital, c'est le soin, et derrière ce soin, selon le lieu d'exercice, le soignant met en avant dans son art, la technique ou la relation. Pour ce qui est de la psychiatrie, le terme de relation est ce qui est mis en avant pour définir le soin. Mais de quelle relation parle-t-on ? Si tous les espaces de soins médiatisent la relation soignant-soigné, certains espaces plus particulièrement favorisent cette relation par une « co-présence » nécessaire pour une véritable rencontre entre le soignant et « l'être » souffrant.

Le Dr Michel Geoffroy, préfère parler de rencontre plutôt que de relation, avec deux temporalités, celles du soignant et du soigné qui vont à l'encontre l'une de l'autre. Le temps du soignant doit rejoindre le temps du patient, et pour cela il faut parfois accepter de « Perdre son temps. " C'est le temps que tu as perdu pour

ta rose qui fait ta rose si importante" dit le Renard au Petit Prince. »³⁶. Être là, auprès du patient, juste être là, ne rien faire mais le faire *bien*, est-ce perdre son temps ? Ne faire rien et le faire bien, il nous faudrait sans doute penser ce mot « bien » au sens aristotélicien, c'est à dire ne pas penser le « bien » du côté de la norme ou de la conformité, mais plus du côté de la justesse. Ne faire rien, mais le faire « bien pour l'autre », le faire « juste » comme une note juste. Le « faire bien » serait plus du côté de la satisfaction du soignant, nous pensons avoir fait une bonne chose. Le « faire juste », implique pour nous de faire ce qui est bien pour l'autre. Sans doute faut-il passer par cette rencontre sans parole, où nous avons l'impression de laisser voir que nous perdons notre temps. Mais, en fait, ce temps qui passe, est un temps privilégié, un temps qui reste et qui va construire cette rencontre et celles à venir. Et ce temps qui habite l'espace va prendre une couleur différente selon l'espace où il se vit.

De cette co-présence lors de cette rencontre « thérapeutique » entre un être souffrant et un autre chargé de le soulager, nous passons à chaque fois par une reconnaissance. « La seule façon de découvrir la face ou la parole d'autrui, et ainsi de l'honorer, c'est de s'adresser à lui comme à un vous pour qui moi, je suis là comme votre "serviteur" »³⁷. L'autre souffrant, a pu exister une nouvelle fois lors de cette rencontre, et nous, soignants, sommes le *prochain* qui sortons avec un regard toujours changé même s'il reste chargé de subjectivité. C'est à chaque fois une nouvelle histoire partagée entre un soigné et un soignant.

³⁶. Antoine de Saint-Exupéry, *Le Petit Prince*, in Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, Paris, Ed Romillat, 2004, p.151.

³⁷. Emmanuel Levinas, *De l'être à l'autre*, PUF, 2006, p. 108.

Chapitre III

ESPACE ET LIBERTE

Peut-on être libre tout en étant malade dans son « être » ?

La maladie, et particulièrement celle qui porte atteinte au psychisme de l'homme, celle qui atteint son esprit, prive-t-elle l'homme de sa liberté, le rend-elle nécessairement prisonnier ? Sans doute pas, car de nombreux esprits malades ont pu aménager leur existence avec la maladie et certains ont pu « co-habiter » et même ont découvert des espaces de libertés inaccessibles pour beaucoup dans différents domaines, comme dans le milieu artistique, « nous sommes libre quand nos actes émanent de notre personnalité toute entière, quand ils l'expriment, quand ils ont avec elle cette indéfinissable ressemblance que l'on trouve parfois entre l'œuvre et l'artiste. »³⁸. S'il est vrai aussi que le plus souvent la maladie restreint notre activité (arrêt de travail), limite nos relations sociales avec un repli sur soi et nous rend moins « libres » pour habiter le monde et nous épanouir, elle donne aussi pour certains la possibilité de dépasser cette expérience humaine pour découvrir une autre relation au monde, une liberté de pensée différente, comme ce fut le cas de certains processus psychopathologiques d'ordre mystique.

Tout ce qui concerne les troubles de l'esprit a considérablement évolué depuis l'époque où les malades mentaux étaient appelés « insensés », et où ils se trouvaient systématiquement enfermés. Le mot « liberté » en 1838 était associé pour les malades de cette époque à l'enfermement. Et aujourd'hui, qu'en est-il ? La réforme en cours de la loi de juin 1990³⁹, parle toujours d'obligations de soins sans consentement qui pourraient être en ambulatoire ou en milieu hospitalier, et interroge donc toujours la liberté d'aller et venir pour le patient, ce droit inaliénable de la personne humaine.

Être malade dans son « être », n'est assurément pas la seule définition de la maladie psychique. Mais le malade que nous côtoyons lors de son admission et les premiers jours de son hospitalisation exprime toujours une souffrance et une

³⁸. Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, in, <http://fr.wikisource.org>

³⁹. Loi n° 90-527 du 2^e juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

incompréhension, celle de sa maladie ou celle de son internement, si l'hospitalisation se fait sous contrainte.

Que veut dire le terme « liberté » pour un patient hospitalisé sous contrainte ?

Lors des nombreuses admissions de patients hospitalisés sous contrainte que nous ayons eu à réaliser, le mot qui revient le plus souvent est celui de « prison », et, comme nous l'avons vu au début de cette réflexion, c'est l'information donnée au patient de la façon la plus honnête qui soit, qui lui permet de reconsidérer sa situation, même si le temps s'avère nécessaire pour accepter et consentir aux soins. Les soins sans consentement, doivent toujours s'envisager non comme une situation figée, mais dans une perspective dynamique.

« Aucun traitement ne devrait être mis en œuvre contre la volonté propre du sujet ou indépendamment de celle-ci, à moins que le sujet n'ait pas la capacité d'exprimer ses propres souhaits ou bien, compte tenu de la maladie psychiatrique, ne puisse discerner ce qui va dans le sens de son propre intérêt [...], un consentement éclairé rétroactif doit être raisonnablement espéré, et toutes les fois où cela est possible, un consentement doit être obtenu de la part de quelqu'un qui est proche du patient ».⁴⁰

Comment le patient peut-il entendre que la finalité de sa situation d'hospitalisé est le soin, alors que cette situation est vécue comme une séquestration ? Nous retrouvons ici toute l'ambiguïté de cette prise en charge soignante qui remonte à 1838 où l'asile soigne en même temps qu'il enferme. Dans notre pays, seul le médecin psychiatre, en dehors du juge, dispose du pouvoir de priver de liberté un individu.

La contrainte, ne s'applique pas uniquement aux patients qui possèdent leur libre-arbitre, mais aussi à tous ceux qui souffrent de pathologies qui affectent

⁴⁰. Déclaration de Haway 1977, cité in, *Soins Psychiatrie*, n° 256, mai/juin 2008, p. 18.

l'entendement et le discernement de la personne. Parmi toutes les contraintes prescrites et vécues lors de l'hospitalisation (le téléphone, les visites, etc...) celle liée à l'espace est sans doute celle qui interroge en premier. Quel est ce lieu qui met des limites à ses espaces pour permettre le soin ? Et en même temps nous pouvons poser la question du : comment le soin permet de libérer l'espace qui a vocation à s'ouvrir ?

Espace ouvert ou fermé, quelle influence sur la liberté du patient ?

Est-ce que l'espace à lui seul peut donner la liberté ? Ce n'est pas si sûr. Prenons l'exemple de l'expérience italienne, si nous supprimons l'espace « hôpital psychiatrique », si nous supprimons cette « habitation » du soin psychiatrique, les patients se retrouvent à la rue. Bien sûr, il n'y a plus d'hôpitaux psychiatriques, mais juste en face se recréent des « taudis » où essaient de survivre les malades. Quant à ceux dont l'état d'agitation devient insupportable pour la société, il existe tout de même des centres de crises. Alors, où se situe leur liberté ? Il n'y a plus d'espace de soins, et ils ne sont même plus libres d'habiter d'autres ailleurs.

A l'opposé, nous avons l'espace clos de l'institution hospitalière qui peut devenir un univers totalisant. Comment expliquer la disparité des pratiques concernant l'ouverture et la fermeture des unités de soins ? Si l'hôpital doit être ce lieu clos à un instant donné, pour un patient en particulier, à un moment précis de sa prise en charge, doit-il pour autant faire de cette fermeture un état définitif ? Ce n'est sûrement pas souhaitable puisque le patient a vocation à sortir de l'hôpital et de sa maladie. Nous avons vu que le patient, au cours de son « temps d'hôpital », chemine dans les *Holzwege* dont nous parle Heidegger, ces chemins qui mènent nulle part, en fait ce sont des chemins limités (liberté d'aller et venir limitée pour le patient) mais qui permettent des repères précis. Melville, lorsqu'il nous parle de sa cheminée nous dit que : « En parcourant la maison, vous avez l'impression continue d'aller quelque part et vous arrivez nulle part. C'est comme lorsqu'on se perd dans les bois; toujours tournant et tournant autour de la cheminée, vous avancez : et si vous arrivez, au bout du compte, c'est à l'endroit d'où vous êtes

parti »⁴¹. Ce n'est pas que cela le mène nulle part, mais qu'il va vers quelque chose qui ne débouche pas de l'autre côté, en fait cela permet de rapporter au point de départ des choses que l'on va sortir de l'espace clos de la forêt (le bois), par le *Holzwege*. C'est tout ce travail sur lui-même que le patient doit faire, et pour cela, il lui faut tout un dispositif pour y aller et en rapporter ce que l'on veut en rapporter pour lui, grâce aux soignants. Ce dispositif, c'est le cadre thérapeutique, c'est son rapport aux soignants, c'est la rencontre avec le soignant, c'est l'acceptation de la limite, c'est le consentement aux soins, ce sont tous ces petits pas vers la liberté.

Comment le soin permet de libérer l'espace ?

Lorsque nous avons tenté d'expliquer comment le soin permet d'habiter l'espace, nous nous décentrons du soin comme finalité. Et de la même façon, nous pourrions dire aussi que le soin permet de libérer l'espace, qui a vocation à se rouvrir. Le patient qui entre à l'hôpital avec ses souffrances, ses « errements », devra sortir du temps clos d'un espace (de soins) qui va s'ouvrir. Pour Henri Bergson, ce n'est pas l'espace qui est du côté de la liberté, c'est le temps ; ce qui ouvre l'espace, c'est le temps. Il est vrai que du patient mis en chambre d'isolement, à celui qui est transféré vers une unité pour malades difficiles, ou plus simplement celui qui arrive pour une première admission ; quelle que soit l'unité, qu'elle soit ouverte ou fermée, c'est le temps inconnu et sans limite qui enferme, clôt l'espace et restreint la liberté.

Mais ce temps du soin qui libère l'espace, ne suffira pas pour rendre totalement libre le patient. En réalité il n'existe pas de liberté totale, puisqu'il y a l'autre (le soignant, l'entourage), et que c'est par l'autre que nous existons, comme lorsque le patient nous dit : « protégez-moi ! Enfermez-moi ! », Ou alors : « nous voulons sortir ! ». Finalement, si c'est le temps, ou si c'est « l'autre » (soignant) qui influe sur la liberté du patient, que permet alors l'espace fermé, puis l'espace ouvert ? Peut être l'espace fermé puis ouvert permet-il pour le patient d'avoir cette représentation que la finitude de la liberté n'est pas sa négation, mais qu'elle est la

⁴¹. Herman Melville, *Moi et ma cheminée*, Editions du Seuil, 1984, p. 58.

condition de l'exercice responsable de la liberté retrouvée dans une alliance soignant soigné.

Le risque lié à l'espace en psychiatrie

Si le risque, c'est d'aller vers ce que l'on ne connaît pas, vers ce où l'on n'a pas l'habitude d'aller, être hospitalisé, pour le patient, c'est déjà prendre un risque. L'univers clos qu'est l'unité de soins, représente un risque pour le patient, comme les patients ont su nous le dire dans le film cité plus haut. L'autre représente un risque par sa différence et son *inquiétante* étrangeté. L'espace de soins représente un risque, car il n'est pas l'habitation habituelle. Toutes ces portes fermées, ces fenêtres qui ne s'ouvrent que partiellement, le mobilier adapté, la décoration limitée (quand elle existe), les caméras que l'on installe etc.... Tout cela pour protéger qui ? Pourquoi ne pas couper les arbres pour éviter que l'on se pendre ? Pourquoi ne pas supprimer les pièces d'eau pour ne pas que l'on se noie ? Pourquoi ne pas remettre les hauts murs du XIX^e siècle ? Jusqu'où peut-on aller ? Le sécuritaire finit par rendre inhabitable l'espace de soin et pourrait aller jusqu'à produire du soin « totalitaire ». Le soin en lui-même représente aussi un risque « ne serais-je pas plus mal après » ? Même si la notion de *bénéfice-risque* est encore peu utilisée en psychiatrie. Face à tous ces risques, il peut sembler naturel que le patient se replie, se recroqueville sur lui-même, et si la seule réponse est d'offrir un espace clos, sécurisé (même si c'est la demande initiale du patient « *Enfermez-moi !* »), alors le risque est grand de voir le patient s'infantiliser, jusqu'à ne plus pouvoir sortir.

Prendre le risque de sortir, « la sortie d'essai », à chaque fois c'est le même pari sur le devenir de l'autre, sur sa capacité à habiter un ailleurs, c'est parier sur le risque à prendre un nouveau chemin qui peut-être ramènera au point de départ (l'unité de soins), mais aussi va transcender l'autre, pour que ce soit un nouveau départ vers de nouveaux chemins au-delà de la maladie. Alors, nous soignants, à quel moment doit-on prendre ce risque d'ouvrir ? A chaque fois c'est la même responsabilité qui nous lie à l'autre, responsabilité que Levinas définit comme « le

destin de la liberté lié à l'autre »⁴². Prendre le risque d'ouvrir ce qui est fermé, mais, bien sûr, il nous faut prendre un risque mesuré, un risque juste nous dirait Aristote, un risque proportionnel, un risque courageux qui soit « un milieu entre la peur et l'audace »⁴³.

Il n'y a pas de liberté sans risque

Ce moment où nous avons, des patients qui demandent : « nous voudrions sortir ! », Une unité fermée alors qu'elle devrait être ouverte, et des soignants qui ne savent plus très bien pourquoi elle est fermée ; ce moment que nous pourrions appeler *Kairos*, est le moment opportun, le bon moment où doit se prendre la juste décision soignante. Ce sens temporel du moment, « ce bougé détermine un avant et un après irréductibles l'un à l'autre. Cette irruption de temps dans l'espace est une clé pour comprendre le *kairos* »⁴⁴. Le moment, dans son sens mécanique c'est l'articulation, « produit d'un bras de levier qui lui est appliquée perpendiculairement », [...], ce mot « emprunté au latin *momentum*, dérivé de *movere* (se bouger, se déplacer) désigne aussi concrètement le poids qui détermine le mouvement et l'impulsion d'une balance. »⁴⁵. A ce moment précis, le choix de la réponse soignante nous engage envers l'autre (le patient) dans un juste équilibre, comme celui de la balance qui bascule soit vers le risque (mesuré) qui ouvre, soit vers le sécuritaire (règlement) qui enferme.

Le moment est l'essence même de la création, les personnes qui ne veulent pas ou refusent de créer, souhaitent que tout soit reproductible, industriel, procédural, c'est probablement une façon de ne pas prendre de risque, si ce n'est le risque de s'enfermer toujours plus. Mais pourtant, le soin est et doit être un geste créateur, et si nous passons à côté de ce moment créateur, unique, non reproductible, non industriel, il est trop tard et nous passons à côté de ce qui aurait pu être bon pour le patient. Ce *kairos*, relève de la responsabilité du soignant. Alors, à ce moment, quelle réponse allons-nous donner au patient ? Le risque se

⁴². Emmanuel Levinas, *De l'être à l'autre*, op. cit., p. 61.

⁴³. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, op. cit., p. 129.

⁴⁴. *Vocabulaire Européen des Philosophies*, Seuil Le Robert, France, octobre 2004, p. 813.

⁴⁵. *Dictionnaire historique de la langue française*, op. cit., p. 1359.

trouve dans la réponse soignante adaptée, dans la juste réponse, dans cette « décision réfléchie »⁴⁶ comme le dirait Aristote, qui considère plutôt les moyens qui peuvent mener au but souhaité. Cette juste réponse est celle qui va réapprendre au patient le risque à vivre ailleurs, hors de l'habitation hospitalière, avec d'autres habitudes. Cette juste réponse dans ce moment créateur, sera celle qui marquera un équilibre dans la balance où s'opposent le tout sécuritaire et le risque.

⁴⁶. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 115.

CONCLUSION

« Nous voudrions sortir ! », à ces mots, nous pensons à ce patient qui après 37 années d'hospitalisation, (pour ne pas dire *enfermement*), semble avoir trouvé son « bon » chemin, et « sa liberté » depuis bientôt 3 ans où il habite son « chez lui ». Mais tout ce temps avant « d'être » chez soi, c'est long ! Aujourd'hui il serait inconcevable pour ce patient, et pour notre société, de maintenir une telle durée d'hospitalisation. Ce court cheminement dans cette réflexion sur l'espace ouvert ou fermé nous a permis de mieux comprendre combien le temps et surtout le temps « soignant » prend toute son importance dans la notion d'espace, d'autant plus quand cet espace est un hôpital psychiatrique. « Le temps est le facteur sans lequel notre individualité ne pourrait s'affirmer, il est la condition sans laquelle un individu ne pourrait constituer lui-même sa propre nature »⁴⁷. C'est donc le temps dans sa durée qui va permettre au patient d'habiter l'espace soignant, de l'habiter pour mieux s'en nourrir et aller vers un « mieux être », en habitant une « seconde nature ».

Enfin, nous avons voulu montrer que cette notion de temps dans cet espace soignant, prend toute son importance avec le temps de la rencontre. Cette rencontre du malade et du soignant, avec leur temporalité amenée à se rejoindre dans cet espace, et qui obligent le soignant envers l'autre « patient ». Dans ce lieu hospitalier, nous avons pu voir comment l'espace « cheminée » est et peut devenir ce lieu propice à la rencontre, « être » ouvert à l'autre devant l'être ouvert. Pour nos patients assurément, le temps de la rencontre permet d'ouvrir l'espace. Nous avons montré que la proximité physique recherchée par les patients ne suffit pas à faire une proximité « humaine », tout comme la « bonne » distance thérapeutique n'est pas une mesure physique.

Lors de chaque rencontre avec le patient, que le soin soit technique ou relationnel, à chaque fois, le soignant se risque dans un nouveau geste créateur, dans cet art de soigner qui va interroger la liberté du patient en psychiatrie, avec ses espaces libres ou fermés, ses traitements imposés ou acceptés. Risquer la véritable rencontre, celle qui va permettre à l'autre de se transcender, c'est aussi

⁴⁷. Emmanuel Levinas, « *De l'être à l'autre* », *op. cit.*, p. 49.

risquer de ne pas pouvoir répondre au questionnement de l'autre ; ce peut être risqué d'expliquer les limites du soin (du temps, de l'espace, jusqu'au résultat souhaité), mais c'est s'ouvrir à l'autre. « Il y a une dialectique de l'ouvert et du fermé dans laquelle prend place la notion de risque. Par ouverture, j'entends celle des possibilités nouvelles pour l'humanité, donc ouverture à des choix ; par fermeture j'entends ce qui réduit la diversité, les choix possibles et referme le même sur le même. »⁴⁸

Pour rester un lieu « d'humanité », l'unité de soins, qui n'est bien souvent que le miroir de notre société, doit rester vigilante dans l'aménagement des espaces qu'elle veut bien donner à ceux qui l'habitent. Les soignants resteront toujours confrontés à des choix difficiles : comment protéger une personne contre elle-même ? Comment assurer la sécurité des patients en veillant au respect de leurs droits et de leur liberté d'aller et venir ? Dans un contexte où les effectifs sont toujours insuffisants, où la présence près du patient se réduit inexorablement, le risque est grand de voir s'étendre les prescriptions de contention physique et chimique, au détriment d'un cadre thérapeutique contenant (contention psychique), déjà là, se pose la question de l'ouverture et de la fermeture. A ceci, s'ajoute le « tout sécuritaire » qui infantilise le patient et qui rend le risque à prendre plus difficile pour le soignant.

« S'il est reconnu que les troubles mentaux représentent bien une "pathologie de la liberté" [...] c'est justement en soignant les patients, parfois malgré eux, que nous leur restituons cette liberté. Ce soin ne peut aller sans prise de risques, risques que les protocoles sécuritaires rendent de plus en plus difficiles à prendre. »⁴⁹. Il reste donc aux soignants, à trouver le « bon mode d'être soignant », pour pallier cette difficulté d'exercice en unité de soin psychiatrique, et pour donner au malade toutes ouvertures possibles à un avenir meilleur.

Nous terminerons par ces propos de Jean Paul II, (qui a vécu dans un régime totalitaire) : « N'ayez pas peur ! » Alors, n'ayons pas peur d'ouvrir, en effet, la peur donne des limites à la liberté de l'autre. Lever les conditions de la peur, c'est donner les conditions de la liberté.

⁴⁸. Gérard Chazal, *Dimension anthropologique du risque technique*, op. cit., 2007, p. 67.

⁴⁹. Henri EY, *Défense et illustration de la psychiatrie*, in, « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? », *Information Psychiatrique*, volume 80, n°7, septembre 2004.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

Aristote, *Ethique à Nicomaque, Livre V*, Le livre de poche, 2007.

Bachelard Gaston, *La flamme d'une chandelle*, PUF/Quadrige, p. 20.

Bachelard Gaston, *La poétique de l'espace*, PUF 1957, Paris, p.200.

Chazal Gérard, *Dimension anthropologique du risque technique*, Techniques et Philosophies des risques, Ed C. Kermisch et G Hottois, 2007.

Geoffroy Michel, *La patience et l'inquiétude*, Paris, Ed Romillat, 2004.

Heidegger Martin, *Essais et conférences*, Gallimard, 1958.

Heidegger Martin, *Etre et Temps*, trad. F. Vezin, Gallimard, 1986.

Heidegger Martin, « qu'est-ce que la métaphysique », *Les Intégrales de philo*, Éditions Nathan, 1998.

Levinas Emmanuel, *De l'être à l'autre*, PUF, 2006.

Luc (Saint), *Evangile 10, 38*, *La Bible de Jérusalem*.

Melville Herman, *Moi et ma cheminée*, Editions du Seuil, 1984.

Platon, *La République*, Livre VII, paragraphe 515.

Tocqueville (de) Alexis, *De la Démocratie en Amérique*, tome II, 2ème partie, chapitre 2

REVUES

Déclaration de Haway 1977, cité in, *Soins Psychiatrie*, n° 256, mai/juin 2008.

Pascal J-C, « loi du 27 juin 1990, une loi de transition », *Information Psychiatrique*, n° 9, novembre 1992

Ey Henri, *Défense et illustration de la psychiatrie*, in, « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? », *Information Psychiatrique*, volume 80, n°7, septembre 2004.

DICTIONNAIRES

Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, 1992.

Vocabulaire Européen des Philosophies, Seuil Le Robert, France, octobre 2004.

INTERNET

Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, in, <http://fr.wikisource.org>

FILM

Notre vision de la sécurité à l'hôpital, Atelier audio-visuel CH G. Mazurelle, La Roche sur Yon, 2005.

INDEX NOMINUM

Aristote,	9, 10, 26, 33, 34
Bachelard Gaston,	13, 16, 18
Bentham, Jeremy,	23
Bergson Henri,	28
Chazal Gérard,	9, 37
Chéné Jean Damien,	12
Ey Henri,	37
Fiat Eric,	17
Freud,	15,
Garret Jean Pierre,	3
Geoffroy Michel,	25
Heidegger Martin,	15, 16, 21, 22, 23, 30
Horassius Michel,	17
Horassius Nicole,	17
Jean Paul II,	37
Levinas Emmanuel,	18, 26, 32, 36
Luc (Saint),	12
Mazurelle Georges,	17
Melville Herman,	30, 31
Pascal J-C,	7
Pennec Pierre,	17
Platon,	13, 14
Saint-Exupéry (de) Antoine,	26
Tocqueville (de) Alexis,	18

INDEX RERUM

A

aliéné, 7, 12
 angoisse, 11, 15, 16, 21
 âtre, 12, 14, 16, 17, 36
 autonomie, 2

B

bénéfice-risque, 32
 bien, 10, 18, 26

C

cheminée, 3, 12, 14, 15, 16, 17, 30, 36
 centralité, 23
 « co-présence », 25, 26
 consentement, 2, 8, 22, 28, 29, 31

D

dasein, 15, 17
 désir, 16

E

enfermement, 3, 12, 28, 36
 espace, 4, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 36
étant, 14
 étrangeté, 15, 21, 32
 existence, 15, 17

F

fermé, 8, 10, 30, 31, 33, 36, 37
 folie, 6, 8
 foyer, 3, 13, 14

G

gestion des risques, 3
Geworfenheit (déréliction), 15

H

habiter, 4, 18, 21, 22, 28, 31, 32, 36
 habitus, 21
 habitude, 8, 9, 21, 32, 34
Holzwege, 16, 30, 31
 humaniser, 17, 18

K

Kairos, 33

L

liberté d'aller et venir, 6, 30, 37
 liberté, 2, 4, 6, 28, 29, 30, 31, 33, 36

M

médiation, 16

N

néant, 15, 16

O

ouvert, 8, 10, 22, 30, 31, 33, 36, 37
 ouverture, 4, 13, 14

P

panoptique, 23, 24
 partage, 13, 14
 placement, 12
 proximité, 23, 24
 psychothérapie institutionnelle, 17

R

relation, 13, 14, 25, 26, 28, 36
 rencontre, 23, 25, 26, 36, 37
 rêverie, 16
 risque, 2, 3, 9, 32, 33, 34, 36, 3

S

sécurité, 3, 7, 23, 37
 sécuritaire, 18, 32, 33, 34, 37
 souffrance, 13, 31

T

temps, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 36, 37
 temporalité, 26, 36
 technique, 25, 36
 transparence, 24
topos, 11

U

Unheimlichkeit, 15

V

vertueux, 9
 violence, 2, 6, 7

