



De la crisophilie à la crisophobie : à la recherche d'une organisation de la santé mentale

Camille Veit

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE** 2017/1 n° 48 , PAGES 21 À 32
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807390942

DOI 10.3917/cpc.048.0021

Date de mise en ligne : 24/04/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2017-1-page-21?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

DE LA CRISOPHILIE À LA CRISOPHOBIE : À LA RECHERCHE D'UNE ORGANISATION DE LA SANTÉ MENTALE

Camille VEIT*

RÉSUMÉ Cet article interroge la place de la crise dans le paysage de la santé mentale, afin de soutenir sa fonction pour le sujet. Partant du *distinguo* entre les thérapeutiques crisophiles et crisophobes proposé par René Roussillon, nous nous intéressons à la place de la crise dans la médecine hippocratique, le magnétisme animal de Mesmer et enfin l'antipsychiatrie anglaise des années soixante. Parallèlement, l'évolution vers des techniques et traitements "para-crise" est ici lue comme production directe du paradigme de la santé mentale, vocable dont le caractère équivoque pose d'emblée les enjeux relatifs, notamment, à la place de la souffrance psychique dans les discours organisateurs du soin et plus largement dans le lien social contemporain.

MOTS-CLÉS crisophilie, crisophobie, santé mentale, antipsychiatrie, crise.

* Psychologue
clinicienne, docteure en
psychologie, A.T.E.R. à
l'Université Côte d'Azur,
LAPCOS - EA7278,
camille.veit@unice.fr

ABSTRACT This article deals with the place of crisis in the field of Mental Health in order to support its function for the subject. We start from René Roussillon's proposal to distinguish crisophilia from crisophobia. Then we focus on hippocratic medicine, Mesmer's animal magnetism and British antipsychiatry. At the same time, we consider that the expansion of 'para-crisis' technique and treatment is a direct production of Mental Health paradigm, an equivocal phrase that defines contemporary issues of psychic suffering and its place within organising care discourses and social link.

KEYWORDS crisophilia, crisophobia, mental health, antipsychiatry, crisis.

Introduction

Ainsi que le rappelait l'argument introduisant le présent numéro des *Cahiers de psychologie clinique*, le soin est convié à « s'occuper de rétablir la santé, s'occuper de guérir » (2015, p. 249). Or, les modalités de cette organisation ne sont pas statiques, elles se modifient et se transforment en fonction des discours qui les produisent. Cette assertion se vérifie et interroge particulièrement quand il est question de ce que l'on nomme aujourd'hui la « santé mentale », dans la mesure où ce champ dynamique de l'humain est indissociable d'un terreau langagier, social, juridique et politique des plus changeants. Le traitement des psychoses au XXI^e siècle en Amérique du Nord est ainsi radicalement autre que celui des aliénés en France, au XIX^e siècle. De même, l'objet d'intérêt de la psychiatrie diffère selon que l'on se situe en 1940 ou en 2016. Aussi élémentaire soit-elle, cette constatation concerne très directement les pratiques cliniques, immanquablement teintées par leur foyer d'émergence. En ce sens, la notion de « pratique discursive » proposée par Michel Foucault (1969 ; 1971, *etc.*) est particulièrement éclairante¹, d'autant plus si on l'articule à la conception lacanienne du « discours ». Avec Lacan (1969-1970), l'analyse du discours portera non seulement sur *ce qui est dit*, mais sur *comment ça se dit*, nous rendant attentifs à la structure et à l'agencement du discours : que produit-il, quel est son effet, de quel lieu s'énonce-t-il ?

1 « Les pratiques discursives se caractérisent par la découpe d'un champ d'objets, [...] par la fixation de normes pour l'élaboration des concepts et des théories. Chacune d'entre elles suppose donc un jeu de prescriptions qui régissent des exclusions et des choix [...] Elles prennent corps dans des ensembles techniques, dans des institutions, dans des schémas de comportement, dans des types de transmission et de diffusion, dans des formes pédagogiques qui à la fois les imposent et les maintiennent » (1971/1994, p.1108).

À côté de cette recherche autant discursive que pratique d'une *organisation* de la santé mentale, c'est une tout autre dimension qui insiste voire qui fait retour, précisément, par les voies de la *désorganisation* de la structure. Du grec *krisis*, l'étymologie associe la crise au moment de la sentence, c'est-à-dire, à un tournant. Ce « constituant lexical de la modernité » (Courbon, 2010, p. 49) s'emploie de manière significative dès lors qu'est évoquée une situation complexe. Sa fréquence s'étend dès lors bien au-delà du champ de la santé mentale, parsemant jusqu'aux échanges de la vie quotidienne. Crises sociale, politique et financière résonnent comme de véritables affections auxquelles répond une multitude de dispositifs destinés à gérer, stopper, éteindre. Ainsi que le soulignait B. Courbon, « un vocabulaire de crise s'est installé, aussi banal qu'anxiogène, autant ultramoderne que rebattu. » (2010, p. 49). Sa lecture prédominante l'associe donc à un point de butée à valence négative, y compris dans l'horizon de la santé mentale ; et pourtant...

Une (pré)histoire de crises, entre Hippocrate et Mesmer

Remontons quelque peu dans le temps pour explorer l'un des premiers territoires à s'être intéressé à la crise. Cette opération trouve en effet une expansion des plus intéressantes dans l'épistémè médicale, où elle signe un mouvement, un passage clé dans l'évolution positive ou négative de la maladie et de l'état du malade (Rey, 2010). On trouvera ainsi plusieurs mentions et descriptions du moment-même de la crise dans les *Œuvres complètes* d'Hippocrate qui étudient en outre ce qui précède et succède à cette manifestation. Un grand intérêt est alloué à leur nombre ainsi qu'au moment de leur apparition : « Une crise dans les maladies c'est ou une exacerbation, ou un affaiblissement, ou une métaptose² en une autre affection, ou la fin » (1849, p. 217). Les textes rapportent également le dessein d'une crise « qui marche vers le mieux » (1861, p. 283) et soutiennent que « la crise est la solution de la maladie » (1861, p. 273). Dans l'espace de la médecine somatique d'Hippocrate, elle signe ainsi un *moment crucial d'une maladie* potentiellement « salutaire » (1861, p. 61).

2 Dans le vocabulaire médical, le terme de « métaptose » désigne un *changement*.

Les thérapeutes de la *psyché* ne sont pas en reste quant à leur intérêt pour la crise comme « passage » ; ceci a conduit René Roussillon (1992) à considérer les thérapies à partir de la place qu'elles lui accordent. Certaines sont « crisophobes », d'autres « crisophiles ». C'est bien de crise dont il est question dans le magnétisme animal de Franz Anton Mesmer de même que dans les états *induits par le médecin* chez son patient. Les écrits de Mesmer évoquent en effet à leur tour des « crises salutaires » (1779, p. 12 ; p. 81) car « nécessaires à la guérison » (1798-1799, p. 102), souvent suivies par « un soulagement remarquable » (1779, p. 12). Autour du fameux dispositif groupal du « baquet » que le médecin viennois développa plus tard en France, le « patient » expérimente des « crises convulsives », dont le destin est l'« isolement du groupe ». Le convulsé est alors conduit dans une « chambre de crise », toujours en présence du thérapeute.

Le rapport de la psychanalyse à la crise est lui aussi éclairant alors même que peut s'établir une filiation du *baquet de Mesmer* au « *baquet de S. Freud* » (Roussillon, 1984 ; 1992). En 1984 déjà, Roussillon expose en outre l'« enfouissement » et l'« encadrement progressif, par paliers successifs, du principe mesmerien de la « crise thérapeutique » sous forme de « crise convulsive » jusqu'à la construction du modèle de « crise » parfaitement « encadré » qu'est le rêve » (p. 1365). Après Mesmer, l'un de ses élèves, le marquis de Puységur, réinvestit effectivement ce qu'il nomme « crise somnambulique ». Mais cette variation de l'étalon mesmérrien pose résolument les prémisses d'un remaniement relatif à la place de la crise (suscitée, encadrée, contenue) dans le champ du soin. De même, la « crise somnambulique » illustre bien l'évolution du rapport du thérapeute à la crise, ainsi que le montre R. Roussillon citant l'exemple de Joly, patient que de Puységur immobilise sur une chaise, « entortillé, multicordé » et « endormi » (Roussillon, 1984, p. 1377). Au « fur et à mesure que la « crise thérapeutique » s'enfouit dans l'intériorité de l'espace du sommeil, le thérapeute, « initiateur » de la crise (dans le magnétisme animal), sera de plus en plus innocenté de cette séduction originelle. » (Roussillon, 1984, p. 1366). C'est ainsi que la crise évolue, lentement, vers une association à un dessein « pathologique ».

D'ores et déjà, ce rapide aperçu illustre l'aménagement d'une *crisophilie* – promotion et suggestion d'une crise salutaire, vers une *crisophobie*, animée par la contention et l'apaisement d'une manifestation indésirable. Une question peut d'emblée être posée : qu'est-ce qui se manifeste, dans la crise, que l'autre ne saurait recevoir et entendre ?

Un paysage contemporain en quête de para-crise

Partant de la « chambre de crise » de Mesmer, où l'expression de la crise est accompagnée, l'organisation du soin semble bien avoir évolué vers son cerclage, sa contention et son dépassement. « Monsieur X est en crise », « Madame Y fait une crise ». Quand elle apparaît dans la clinique, cette manifestation signe une *désorganisation* à contenir par l'*organisation* d'un soin. L'efficacité d'un traitement est dès lors jugée sur son aptitude à la prévention ou, à défaut, à la suppression des conséquences observables et invalidantes...

L'expansion des modèles de para-crise dans la santé mentale contemporaine ne peut être interrogée en dehors des remaniements et des bascules qui se sont opérés à l'intérieur même de son champ, depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Le fait même que soit employé préférentiellement le vocable de *santé mentale* plutôt que de *psychiatrie* et de *psychopathologie* est symptomatique d'un réaménagement interne conséquent, effet de conflits entre différentes instances. Les horizons de la souffrance ont en effet été relayés par un attrait résolument plus contemporain pour un nouvel objet : la santé mentale, appellation propulsée sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé, fondée en 1948. À sa création, l'OMS soutient alors l'association des questions de santé à l'espace du juridique en promouvant un « droit à la santé ». À l'occasion de l'une de ses premières sessions, le comité d'experts énonce en outre « l'obligation de sauvegarder la santé mentale de la collectivité au même titre que sa santé physique » (OMS, 1950, p. 7). Les professionnels de la *Mental Health* sont ainsi conviés à réfléchir à ce qui la préserve, l'alimente, la soutient. Depuis, les remaniements dans l'organisation du champ de la santé mentale ont différents effets dans un exercice clinique qui ne s'absout pas du lot de demandes logistiques et administratives

adressées à l'ensemble des structures de soin. En France, ces doléances émanent des agences de santé (Haute Autorité de Santé, Agence Régionale de Santé), nouvelle instance (« autorité publique indépendante ») chargée – depuis la loi du 13 août 2014 afférente à l'assurance maladie – de contrôler les pratiques, ceci à des fins de protection de l'*usager*, autre figure du paradigme de la santé mentale contemporaine. La mission de l'instance est particulièrement claire, ainsi que la communique le Ministère des Affaires sociales et de la Santé : la HAS « agit pour améliorer la qualité du système de santé afin d'assurer à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces³, sûrs et efficaces que possible »⁴.

L'organisation du soin ainsi chevillée à ces critères d'efficacité⁵ oriente de surcroît fortement le choix des pratiques et thérapeutiques. En 2004, un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) portant sur l'évaluation des psychothérapies posait déjà les méthodes comportementales comme « la seule forme de thérapie » efficace à « court et moyen terme » dans le traitement de la schizophrénie. Les variables utilisées pour l'étude étaient le « taux de rechute », la « réduction des symptômes » et la « réadaptation sociale » (p. 213). Depuis lors, l'efficacité d'un soin se jauge à sa capacité d'accompagnement de l'usager vers le rétablissement, c'est-à-dire, vers l'« autonomie », l'« indépendance » et l'acquisition de « ressources personnelles » (*Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*). Privilégiée à la représentation du patient en crise, c'est-à-dire *désorganisé*, celle de l'usager du système de santé s'inscrit dans les rets de constructions discursives favorisant les « plans de traitement » et autres « projets individualisés ». Ce modèle vise, à terme, une réhabilitation dans la société qu'autoriserait une santé mentale retrouvée ; réadaptation appréciée là encore à partir de signes tangibles tel le retour au travail et à l'exercice de la citoyenneté par exemple. *Quid* de l'expérience subjective et de ce qui n'a de cesse d'enrayer les modèles, notamment la souffrance psychique ? Dans l'insistance de sa répétition, elle jalonne pourtant les paysages de la rencontre, par-delà les classifications de folie, d'aliénation, de maladie, ou de trouble.

C'est bien là une autre caractéristique d'un discours contemporain de la *Mental Health* : l'élargissement du champ d'intérêt

3 Le mot *efficacité* insiste depuis les chaînes du vocabulaire courant jusque dans les paysages de la recherche, de l'université et des pratiques institutionnelles.

4 <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante>

5 À titre d'exemple, les termes « efficacité » et « efficace » apparaissent respectivement 647 et 253 fois dans le rapport sur l'évaluation des psychothérapies commandé par la Direction Générale de la Santé (INSERM, 2004).

et d'action. Son objet n'est plus seulement la psychopathologie⁶ mais bien l'organisation hygiéniste⁷ de l'Homme, dans son fonctionnement social. Le *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* à partir de sa troisième version en est une production directe et tangible puisque les « Troubles cliniques » (Axe 1) répertoriés élargissent aussi bien une accroche classique et momentanée de l'existence (« Intoxication à la caféine » F15.0x [305.90]) qu'une « Schizophrénie type désorganisée » F20.1x [295.10].

Peut-être l'analyse de la *désorganisation* actuelle et insistante dans les pratiques de soin (augmentation du recours à l'isolement et aux neuroleptiques, multiplication des dénonciations de maltraitance, *etc.*) est-elle plus signifiante encore, pour penser la clinique, que l'étude des modèles organisateurs de réhabilitation. Les enrayements dans la trajectoire attendue pour l'*usager* ne viennent-ils pas, dans leur insistance, scanner la nécessité renouvelée d'un accueil pour la souffrance psychique ? Car, si elle est hors champ du discours, elle fait résolument retour dans les lieux de traitement, et pas seulement du côté des personnes soignées. En dépit de son organisation, le paysage contemporain de la *Mental Health* n'évacue-t-il pas une dimension fondamentale en matière de crise, à savoir sa fonction pour le sujet ?

La crisophilie de l'antipsychiatrie anglaise : une fonction salutaire pour la crise

« [...] si l'on intervient dès qu'ils dressent leur horrible tête, comment savoir ce qui se passerait si l'on s'en dispensait ?
[...] »

Ronald David Laing, 1985, p. 33.

Au milieu du XX^e siècle, soit simultanément au développement du discours crisophile de la *Mental Health*, des thérapeutiques d'un tout autre ton s'expérimentent en matière de crise. Leur essor est alors facilité par un climat anglo-américain animé à la fois par un principe d'opposition – abreuvé à la source de l'anti-hégémonie contre-culturelle⁸ – et par une quête de sens et de vérité, héritière pour partie de la

6 C'est entre autres sur ce plan qu'elle se rapproche de l'antipsychiatrie anglaise, elle aussi se distanciant de la psychopathologie.

7 Un lien de parenté évident raccorde les termes d'*hygiène* et de *santé* mentales puisque la seconde s'inscrit dans la droite ligne de l'étymologie d'*hygiène*, terme grec qui signifie « la santé », dérivé de la signification : « qui contribue à la santé ; qui concerne la santé », et de « sain, bien portant » (Hygiène, 2014).

8 Voir par exemple le poème « America » dans lequel le poète beatnik Allen Ginsberg manifeste son rejet des États-Unis : « go fuck yourself with your atom bomb » (2012, p.50).

9 Cette dyade contestation-quête ne figure-t-elle pas qui plus est l'intersection capitale de la crise, à l'échelle du sujet ?

10 Voir la critique que Laing adresse à Kraepelin dans l'ouvrage *The Divided Self* (1960).

11 Dans l'ouvrage *Le Moi Divisé* par exemple, Laing part d'une approche centrée sur l'expérience vécue, attribuant ses recherches à une perspective « phénoménologico-existentielle » opposée à l'observation psychiatrique héritière de Kraepelin.

12 Si ce champ contestataire est autant anti-psychiatrie qu'anti-psychanalyse, le sillage de Laing, surtout, ne s'est pas fait sans les enseignements du divan... Laing a par ailleurs été formé à l'Institut de Psychanalyse de Londres à la fin des années cinquante, où il a suivi les enseignements de Winnicott et été supervisé par Marion Milner, alors qu'il suivait des patients à la Tavistock Clinic. Il est aussi un lecteur assidu des textes de Freud dès l'adolescence.

13 Voir par exemple l'intervention parisienne de Cooper sur « Aliénation mentale et aliénation sociale » : « Pour moi, .../...

génération *beat* (Gumpper et Veit, 2015 ; Veit, 2016b)⁹. C'est donc dans un paysage discursif aussi contestataire que créatif que Ronald David Laing, David Cooper, Aaron Esterson et Joseph Berke proposent une gamme radicalement différente dans le soin à la folie, plus précisément dans l'accueil et le traitement de personnes nouvellement diagnostiquées schizophrènes. Leurs propositions s'inscrivent dans un horizon résolument crisophile caractéristique de cette antipsychiatrie spécifiquement anglaise opposée aux traitements classiques de contention des crises : diagnostic, camisole, chimie, *etc.* La nomenclature psychiatrique et ses « étiquettes », ainsi que les nomment Cooper (1967) et Laing (1985), de même que les traitements neuroleptiques, « assassinent les personnalités individuelles », écrit Cooper (1967, p. 142). C'est donc dans une opposition radicale à la psychiatrie héritière d'Emil Kraepelin¹⁰ (Laing, 1960) que s'élaborent les deux expériences les plus connues en matière d'antipsychiatrie. La première, pilotée par Cooper, est intra-hospitalière ; c'est la démarche proposée au Pavillon 21 du Shenley Hospital (1962-1966). La seconde avancera de manière plus franche encore dans la quête d'un « anti-hôpital » (Cooper, 1967) avec la communauté autonome londonienne de Kingsley Hall (1965-1970), projet initié cette fois par Laing. Dans ce discours et ces pratiques aux références plurielles – de la phénoménologie à l'existentialisme¹¹ jusqu'à la psychanalyse (Berke, Laing¹²) et au bouddhisme (Laing) – l'organisation du soin se dessine dans un renversement *littéral* de la place et de la fonction de la crise. Elle n'est pas à stopper, dans une perspective crisophile, mais à accompagner voire à promouvoir en tant que *passage* salvateur, expérience nécessaire dans la quête d'une santé mentale dénouée de l'aliénation... à la « normalité »¹³. À Kingsley Hall, les habitants, thérapeutes et patients, ont vocation à *guider* et à *suggérer* la crise puisqu'elle est le nœud de ce singulier *traitement*, démarche désorganisatrice mais non moins créatrice d'une santé dite « véritable » (Laing, 1967).

L'organisation matérielle du lieu se soutient en fond de cette hypothèse de travail crisophile puisqu'elle participe du soutien aux trajectoires de déconstruction et de reconstruction des résidents, parcours que Laing nommera *metanoia*¹⁴. Dans leur fonction d'étalon, les thèses du psychiatre contestataire ont ainsi coloré les expériences des résidents de Kingsley

Hall, thérapeutes aussi bien que patients¹⁵. Pensionnaire la plus connue, Mary Barnes offrit une résonance particulière au discours du « chamane » londonien – ainsi que le dénomma F. Huxley (1989) – sa trajectoire oscillant entre glissements dans les thèses de Laing et propos en circulation dans le *home*. En dépit de la confusion et du glissement dans les suggestions et interprétations de ses thérapeutes, Mary Barnes s'en dessaisira pourtant, et engagera sa position de sujet dans une expérience singulière chevillée à sa quête-propre, aux détours de la religion catholique, de la création (peinture, écriture) et du compagnonnage ou guidance de personnes psychotiques¹⁶.

Si la grandiloquence des états de crise des résidents aura alimenté multitude de discussions en faveur ou en défaveur de leur usage “thérapeutique”¹⁷, ce moment de l’histoire de la psychiatrie a assurément posé la fonction possible de cette manifestation pour le sujet, dès lors qu’elle est accompagnée dans un lieu de soins. Ce dernier pourra de fait être pensé comme refuge (*Arbour*, du nom de l’association créée par Joseph Berke et Morton Schatzman, en 1970) de ce qui dans la crise est associé au sujet, dans ses composantes bien sûr les plus singulières, mais non moins envahissantes et dérangelantes.

Crisophobie, crisophilie... Criso-folie d'un modèle ? Pour une « politique de l'expérience »

Par leurs approches singulières de la crise, l’organisation contemporaine de la *Mental Health* et l’antipsychiatrie anglaise résonnent ainsi toutes deux à la manière de modèles respectivement crisophobe et crisophile : la première s’attardant à l’éviter c’est-à-dire à la prévenir ou à la traiter, la seconde la promouvant comme traitement-même. Le *Littre* définit comme modèle ce qui est « objet d’imitation » susceptible d’être suivi et donc imité. En sculpture et dans le domaine des arts en général, il désignera une « représentation, en terre ou en une autre matière, d’un ouvrage à exécuter » (Modèle, 2015)... Si la ligne contemporaine en matière d’organisation n’est pas sans produire un modèle du « self-made-man » (Veit, 2016b) usager de méthodes et techniques de soins, l’antipsychiatrie, aussi anti-hégémonique qu’elle eût été, n’a pas manqué elle aussi de glisser vers une modélisation de cette

.../... la « normalité » ce n’est rien d’autre que l’état d’aliénation d’un individu, aliénation portée à son maximum » (Cooper, 1968, p.49).

14 Pour avoir une illustration de ce voyage métanoïaque, la lecture de l’ouvrage de Mary Barnes et Joseph Berke, *Un Voyage à travers la folie* (1971) est des plus éclairantes.

15 La catégorisation à laquelle nous procédons ici n’est pas celle qui était pratiquée à Kingsley Hall. Tout habitant du *home* londonien n’a pour seul statut que celui de résident et peut ainsi occuper une fonction de « guide » voire d’expert (Veit, 2016a) en accompagnant une autre personne dans sa « descente ».

16 Mary Barnes témoigne particulièrement de ce dernier aspect dans une série d’interviews non traduite en français, parue en 1989 (Barnes & Scott, 1989).

17 Voir par exemple les critiques de J. Oury à l’égard des « conneries de l’antipsychiatrie » à laquelle il reprochait entre autres de vouloir transformer les fous en des « contestataires révoltés » (Oury et Depussé, 2003).

santé mentale « véritable » dont la crise métanoïaque serait la nécessaire condition – ceci posant l'une de ses limites... Dès lors qu'elle glisse dans les rets d'un modèle, devient « objet d'imitation » et « ouvrage à exécuter », la trajectoire de crise vient à perdre sa fonction de lieu d'apparition du sujet et d'« expérience du dire » (Veit, 2015).

Si à certains égards elle s'est trouvée enlisée dans une modélisation de crise, l'antipsychiatrie reste porteuse d'un grand nombre d'enseignements relatifs à la fonction de cette expérience, pour le sujet. La « politique de l'expérience » initialement promue par Laing (1967) fournit un éclairage fort quant à la place essentielle de la *déconstruction*, mouvement au cœur de la crise, précédant une création, une *reconstruction*. En ce sens, l'antipsychiatrie n'est pas sans rejoindre la psychanalyse en cet endroit de l'attention particulière réservée au dérapage comme lieu de manifestation de l'inconscient, au symptôme comme espace conflictuel de témoignage du désir, bref, à ce sujet de l'inconscient qui occasionne dérangement et *désorganisation* de l'installé : et chez l'individu, et dans l'établissement de soins où il se trouve. Car « L'inconscient, lui, ne fait pas semblant. » (Lacan, 1970, p. 29). Ainsi « la crise provoquée par la poussée du désir » (Bergeron, 2010, p. 23) ne manque pas de rappeler au son de ses répétitions qu'aucun modèle ou discours ne peut voiler le sujet. Dès lors se dessine la nécessité d'une bascule, d'un décalage, d'une perspective autre en matière de santé mentale et d'accueil de l'expérience. Reste alors à troquer les balises d'un modèle confortable contre l'incertitude d'un savoir à bâtir et à constamment... déconstruire.

Bibliographie

- Argument numéro 48 soigner, guérir, *Cahiers de psychologie clinique*, 2, n°45, 2015, pp. 249-250.
- M. BARNES et J. BERKE, *Mary Barnes, un voyage à travers la folie* (1971), Paris, Le Seuil, 2002.
- M. BARNES et A. SCOTT, *Something sacred, conversations writings paintings*, London, Free Association Books, 1989.
- D. BERGERON, « De la crise à l'impasse dans la cure psychanalytique », *Santé mentale au Québec*, 35, n°2, 2010, pp. 13-29.
- D. COOPER, *Psychiatry and Anti-psychiatry*, London, Tavistock Publications, 1967.

- D. COOPER, « Aliénation mentale et aliénation sociale », communication présentée à Paris aux Journées d'Études Enfance Aliénée, 21-22 octobre 1967, *Recherches*, numéro spécial, décembre 1968, pp. 48-50.
- B. COURBON, « À propos d'un constituant lexical de la modernité : aspects sémantiques du mot crise », *Ela. Études de linguistique appliquée*, n°157, 2010, pp. 49-74.
- M. FOUCAULT, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969.
- M. FOUCAULT, M., « La volonté de savoir » (1971). Dans *Dits et Ecrits II 1970-1975* (p. 240-244), Paris, Gallimard, 1994.
- A. GINSBERG, *Howl and Other Poems* (1956), Paris, Christian Bourgois, 2012.
- S. GUMPPER et C. Veit, « L'antipsychiatrie, symptôme de la postmodernité ? », *L'Évolution Psychiatrique*, 80, n°4, 2015, pp. 750-763.
- F. HUXLEY, « The Liberating Shaman of Kingsley Hall », *The Guardian*, 25 August 1989.
- Hygiène, *Trésor de la langue française informatisé*, Repéré le 12 octobre 2014, <http://www.cnrtl.fr/etymologie/hygi%C3%A8ne>
- Inserm [expertise collective], *Trois approches évaluées, Rapport*. Paris, Les éditions Inserm, 2004.
- J. LACAN, *Le séminaire. Livre XVII. L'envers de la psychanalyse* (1969-1970), Paris, Le Seuil, 1991.
- J. LACAN, Discours prononcé le 6 décembre 1967 à l'EFP, *Scilicet*, 2/3, Paris, Le Seuil, 1970, pp. 9-29.
- R.D. LAING, *The Divided Self : An Existential Study In Sanity and Madness*, London, Tavistock Publications, 1960.
- R.D. LAING, *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*, Harmondsworth, Penguin books, 1967.
- R.D. LAING, *Sagesse, déraison et folie. La fabrication d'un psychiatre* (1985), Paris, Le Seuil, 1986.
- E. LITTRÉ, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, tome 6, Paris, J. B. Baillière, 1849.
- E. LITTRÉ, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, tome 9, Paris, J. B. Baillière, 1861.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*, février 2012.
- Organisation Mondiale de la Santé, Comité d'experts de la santé mentale : rapport sur la première session (29 août-2 sept 1949), *OMS. Série de Rapports techniques*, n°9, Genève, avril 1950.
- F. A. MESMER, *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*, Genève, P. Fr. Didot le jeune, 1779.
- F. A. MESMER, *Mémoire de F. A. Mesmer, docteur en médecine, sur ses découvertes*, Paris, Fuchs, 1798-1799.
- J. OURY et M. DEPUSSÉ, *A quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*, Paris, Calmann-Lévy, 2003.

- A. REY (dir.), *Dictionnaire Historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 2010.
- R. ROUSSILLON, « Du Baquet de Mesmer au « baquet » de S. Freud (Premières réflexions sur la préhistoire du cadre psychanalytique) », *Revue Française de Psychanalyse*, 48, n°6, 1985, pp. 1363-1383.
- R. ROUSSILLON, *Du Baquet de Mesmer au baquet de Sigmund Freud : une archéologie du cadre et de la pratique psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1992.
- C. VEIT, « De l'inédit à l'expérience du dire : Le 388 », *Correspondances, courrier de l'École freudienne du Québec*, 16, n°1, 2015, pp. 41-45.
- C. VEIT, « Dans quelle mesure le savoir acquis par l'expérience de la folie concède-t-il au sujet un statut d'expert ? » Dans L. Demailly et N. Garnoussi (Dirs.), *Aller mieux. Approches sociologiques* (pp. 185-193), Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2016.
- C. VEIT, *Voyage à travers l'antipsychiatrie et la santé mentale : Des discours organisateurs du sujet à l'épreuve de la folie et de la crise* [thèse]. Nice, université Nice Sophia Antipolis, 2016.