

Être sain d'esprit chez les fous

David L. Rosenhan

Publié à l'origine dans *Science, New Series*, Vol. 179, No. 4070. (19 janvier 1973), pp. 250-258.

Source :

<https://www.weber.edu/wsuiimages/psychology/FacultySites/Horvat/OnBeingSaneInInsanePlaces.PDF>

Si la raison et la folie existent, comment les reconnaître ?

La question n'est ni capricieuse ni insensée. Quelle que soit notre conviction personnelle de pouvoir distinguer le normal de l'anormal, les preuves ne sont tout simplement pas convaincantes. Il est courant, par exemple, de lire des procès pour meurtre dans lesquels d'éminents psychiatres de la défense sont contredits par des psychiatres tout aussi éminents de l'accusation sur la question de la santé mentale de l'accusé. Plus généralement, il existe un grand nombre de données contradictoires sur la fiabilité, l'utilité et la signification de termes tels que "santé mentale", "folie", "maladie mentale" et "schizophrénie" [1]. Enfin, dès 1934, Benedict a suggéré que la normalité et l'anormalité ne sont pas universelles[2]. Ce qui est considéré comme normal dans une culture peut être perçu comme tout à fait aberrant dans une autre. Ainsi, les notions de normalité et d'anormalité peuvent ne pas être aussi exactes qu'on le croit.

S'interroger sur la normalité et l'anormalité ne revient en aucun cas à remettre en cause le fait que certains comportements sont déviants ou bizarres. Le meurtre est déviant. Il en va de même pour les hallucinations. Le fait de soulever de telles questions ne revient pas non plus à nier l'existence de l'anxiété personnelle souvent associée à la "maladie mentale". L'anxiété et la dépression existent. La souffrance psychologique existe. Mais la normalité et l'anormalité, la santé mentale et la folie, ainsi que les diagnostics qui en découlent, sont peut-être moins importants que beaucoup ne le croient.

Au fond, la question de savoir si l'on peut distinguer les sains d'esprit des fous (et si l'on peut distinguer les degrés de folie les uns des autres) est simple : les caractéristiques saillantes qui conduisent aux diagnostics résident-elles dans les patients eux-mêmes ou dans les environnements et les contextes dans lesquels les observateurs les trouvent ? De Bleuler à Kretschmer, en passant par les rédacteurs du Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Psychiatrique Américaine, récemment révisé, on a cru fermement que les patients présentaient des symptômes, que ces symptômes pouvaient être catégorisés et, implicitement, que l'on pouvait distinguer les personnes saines d'esprit des personnes démentes. Plus récemment, cependant, cette croyance a été remise en question. Fondée en partie sur des considérations théoriques et anthropologiques, mais aussi philosophiques, juridiques et thérapeutiques, l'idée s'est répandue que la catégorisation psychologique des maladies mentales est au mieux inutile et au pire carrément nuisible, trompeuse et péjorative. Les diagnostics psychiatriques, selon ce point de vue, sont dans l'esprit des

observateurs et ne sont pas des résumés valables des caractéristiques affichées par les personnes observées. [3-5]

Il est possible d'obtenir des résultats plus précis en faisant admettre des personnes normales (c'est-à-dire des personnes qui ne présentent pas et n'ont jamais présenté de symptômes de troubles psychiatriques graves) dans des hôpitaux psychiatriques et en déterminant ensuite si l'on a découvert qu'elles étaient saines d'esprit et, dans l'affirmative, comment elles l'ont été. Si la santé mentale de ces pseudo-patients était toujours détectée, il y aurait une preuve *prima facie* qu'un individu sain d'esprit peut être distingué du contexte insensé dans lequel il se trouve. La normalité (et vraisemblablement l'anormalité) est suffisamment distincte pour être reconnue où qu'elle se produise, car elle est portée par la personne. Si, en revanche, la santé mentale des pseudo-patients n'était jamais découverte, de graves difficultés surgiraient pour les partisans des modes traditionnels de diagnostic psychiatrique. Étant donné que le personnel hospitalier n'était pas incompetent, que le pseudo-patient s'était comporté aussi sainement qu'il l'avait fait en dehors de l'hôpital et qu'il n'avait jamais été suggéré auparavant qu'il appartenait à un hôpital psychiatrique, un résultat aussi improbable soutiendrait le point de vue selon lequel le diagnostic psychiatrique trahit peu de choses sur le patient mais beaucoup sur l'environnement dans lequel l'observateur le trouve.

Cet article décrit une telle expérience. Huit personnes saines d'esprit ont été admises secrètement dans 12 hôpitaux différents [6]. Leurs expériences diagnostiques constituent les données de la première partie de cet article ; le reste est consacré à une description de leurs expériences dans les institutions psychiatriques. Trop peu de psychiatres et de psychologues, même ceux qui ont travaillé dans ces hôpitaux, savent à quoi ressemble cette expérience. Ils en parlent rarement avec d'anciens patients, peut-être parce qu'ils se méfient des informations provenant d'anciens aliénés. Ceux qui ont travaillé dans des hôpitaux psychiatriques se sont probablement si bien adaptés à leur environnement qu'ils sont insensibles à l'impact de cette expérience. Et bien qu'il y ait eu des rapports occasionnels de chercheurs qui se sont soumis à une hospitalisation psychiatrique [7], ces chercheurs sont généralement restés dans les hôpitaux pendant de courtes périodes, souvent au su du personnel de l'hôpital. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ils ont été traités comme des patients ou comme des collègues de recherche. Néanmoins, leurs rapports sur l'intérieur de l'hôpital psychiatrique ont été précieux. Cet article prolonge ces efforts.

LES PSEUDO-PATIENTS ET LEUR ENVIRONNEMENT

Les huit pseudo-patients formaient un groupe varié. L'un d'entre eux était un étudiant diplômé en psychologie âgé d'une vingtaine d'années. Les sept autres étaient plus âgés et "établis". Parmi eux se trouvaient trois psychologues, un pédiatre, un psychiatre, un peintre et une femme au foyer. Trois pseudo-patients étaient des femmes, cinq des hommes. Tous utilisaient des pseudonymes, de peur que leur prétendu diagnostic ne les mette dans l'embarras plus tard. Ceux qui exerçaient un métier dans le domaine de la santé mentale ont prétendu avoir une autre profession afin d'éviter les attentions particulières que le personnel pourrait accorder, par courtoisie ou par prudence, à leurs collègues malades[8]. À l'exception de moi-même (j'ai été le premier pseudo-patient et ma présence était connue de l'administration de l'hôpital et du psychologue en chef et, pour autant que je sache, d'eux seuls), la

présence des pseudo-patients et la nature du programme de recherche n'étaient pas connues du personnel de l'hôpital[9].

Les contextes étaient tout aussi variés. Afin de généraliser les résultats, l'admission dans une variété d'hôpitaux a été recherchée. Les 12 hôpitaux de l'échantillon étaient situés dans cinq États différents, sur les côtes Est et Ouest. Certains étaient vieux et délabrés, d'autres étaient très récents. Certains étaient orientés vers la Recherche, d'autres non. Certains avaient un bon ratio personnel-patient, d'autres manquaient de personnel. Un seul était un hôpital privé strict. Tous les autres étaient financés par l'État ou le gouvernement fédéral ou, dans un cas, par l'université.

Après avoir appelé l'hôpital pour obtenir un rendez-vous, le pseudo-patient s'est présenté au bureau des admissions en se plaignant d'entendre des voix. À la question de savoir ce que disaient les voix, il a répondu qu'elles n'étaient souvent pas claires, mais qu'à sa connaissance, elles disaient "vide", "creux" et "bruit sourd". Les voix n'étaient pas familières et étaient du même sexe que le pseudo-patient. Le choix de ces symptômes a été motivé par leur apparente similitude avec les symptômes existentiels. Ces symptômes sont censés découler d'inquiétudes douloureuses liées à l'impression que la vie d'une personne n'a pas de sens. C'est comme si la personne hallucinée disait : "Ma vie est vide et creuse". Le choix de ces symptômes a également été déterminé par l'absence d'un seul rapport sur les psychoses existentielles dans la littérature.

Au-delà de l'allégation des symptômes et de la falsification du nom, de la profession et de l'emploi, aucune autre modification de la personne, de l'histoire ou des circonstances n'a été effectuée. Les événements importants de la vie du pseudo-patient ont été présentés tels qu'ils se sont réellement produits. Les relations avec les parents et les frères et sœurs, avec le conjoint et les enfants, avec les personnes au travail et à l'école, conformément aux exceptions susmentionnées, ont été décrites telles qu'elles étaient ou avaient été. Les frustrations et les contrariétés ont été décrites en même temps que les joies et les satisfactions. Il est important de se souvenir de ces faits. En fait, ils ont fortement biaisé les résultats ultérieurs en faveur de la détection de la folie, étant donné qu'aucun de leurs antécédents ou de leurs comportements actuels n'était sérieusement pathologique de quelque manière que ce soit.

Dès son admission dans le service psychiatrique, le pseudo-patient a cessé de simuler tout symptôme d'anormalité. Dans certains cas, il y a eu une brève période de légère nervosité et d'anxiété, car aucun des pseudo-patients ne croyait vraiment qu'il serait admis si facilement. En effet, leur crainte commune était d'être immédiatement démasqués comme des fraudeurs et d'être très embarrassés. De plus, beaucoup d'entre eux n'avaient jamais visité un service psychiatrique ; même ceux qui l'avaient fait avaient néanmoins de réelles craintes quant à ce qui pourrait leur arriver. Leur nervosité était donc tout à fait appropriée à la nouveauté de l'environnement hospitalier, et elle s'est rapidement atténuée.

Hormis cette nervosité passagère, le pseudo-patient s'est comporté dans le service comme il le faisait "normalement". Le pseudo-patient a parlé aux patients et au personnel comme il le ferait normalement. Comme il y a rarement peu de choses à faire dans un service psychiatrique, il a tenté d'engager la conversation avec les autres. Lorsque le personnel lui demandait comment il se sentait, il répondait qu'il

allait bien, qu'il ne présentait plus de symptômes. Il répondait aux instructions des surveillants, aux demandes de médicaments (qui n'étaient pas avalés) et aux instructions de la salle à manger. Outre les activités qui lui étaient proposées dans le service des admissions, il passait son temps à écrire ses observations sur le service, les patients et le personnel. Au début, ces notes étaient rédigées "secrètement", mais comme il est vite apparu que personne ne s'en souciait vraiment, elles ont ensuite été écrites sur des tablettes de papier standard dans des lieux publics tels que la salle de séjour. Ces activités n'avaient rien de secret.

Le pseudo-patient, tout comme le véritable patient psychiatrique, est entré à l'hôpital sans savoir quand il en sortirait. Chacun d'entre eux a été informé qu'il devrait sortir par ses propres moyens, essentiellement en convainquant le personnel qu'il était sain d'esprit. Le stress psychologique associé à l'hospitalisation était considérable et tous les pseudo-patients, sauf un, souhaitaient sortir presque immédiatement après leur admission. Ils étaient donc motivés non seulement pour se comporter sainement, mais aussi pour être des modèles de coopération. Le fait que leur comportement n'était en aucun cas perturbateur est confirmé par les rapports des infirmières, qui ont été obtenus pour la plupart des patients. Ces rapports indiquent uniformément que les patients étaient "amicaux", "coopératifs" et "ne présentaient aucune indication anormale".

LES NORMAUX NE SONT PAS DÉTECTABLES COMME ÉTANT SAINS D'ESPRIT

Malgré leur "démonstration" publique de santé mentale, les pseudo-patients n'ont jamais été détectés. Admis, sauf dans un cas, avec un diagnostic de schizophrénie [10], chacun est sorti avec un diagnostic de schizophrénie "en rémission". Cette mention "en rémission" ne doit en aucun cas être considérée comme une formalité, car à aucun moment au cours de l'hospitalisation, la simulation d'un pseudo-patient n'a été remise en question. Il n'y a pas non plus d'indications dans les dossiers de l'hôpital que le statut du pseudo-patient était suspect. Au contraire, la preuve est faite qu'une fois étiqueté schizophrène, le pseudo-patient est resté collé à cette étiquette. Si le pseudo-patient devait être libéré, il devait naturellement être "en rémission" ; mais il n'était pas sain d'esprit et, selon l'institution, il ne l'avait jamais été.

L'échec uniforme de la reconnaissance de la santé mentale ne peut être attribué à la qualité des hôpitaux, car, bien qu'il y ait eu des variations considérables entre eux, plusieurs d'entre eux sont considérés comme excellents. On ne peut pas non plus prétendre qu'il n'y avait tout simplement pas assez de temps pour observer les pseudo-patients. La durée d'hospitalisation a varié de 7 à 52 jours, avec une moyenne de 19 jours. En fait, les pseudo-patients n'ont pas été observés avec soin, mais cet échec est plus lié aux traditions des hôpitaux psychiatriques qu'à un manque d'opportunités.

Enfin, on ne peut pas dire que l'incapacité à reconnaître la santé mentale des pseudo-patients était due au fait qu'ils ne se comportaient pas sainement. Bien qu'il y ait clairement une certaine tension chez chacun d'entre eux, leurs visiteurs quotidiens n'ont pu déceler aucune conséquence comportementale sérieuse - pas plus que les autres patients d'ailleurs. Il était assez fréquent que les patients "détectent" la santé mentale du pseudo-patient. Au cours des trois premières hospitalisations, lorsque des comptes précis ont été tenus, 35 patients sur un total de 118 dans le service des admissions ont exprimé leurs soupçons, certains vigoureusement. "Vous n'êtes pas

fou. Vous êtes journaliste ou professeur (en référence à la prise de notes permanente). Vous vous renseignez sur l'hôpital". Si la plupart des patients ont été rassurés par l'insistance du pseudo-patient à dire qu'il avait été malade avant d'arriver et qu'il allait bien maintenant, certains ont continué à croire que le pseudo-patient était sain d'esprit pendant toute la durée de son hospitalisation [11]. Le fait que les patients aient souvent reconnu la normalité alors que le personnel ne le faisait pas soulève des questions importantes.

L'incapacité à détecter la santé mentale au cours de l'hospitalisation peut être due au fait que les médecins ont un fort penchant pour ce que les statisticiens appellent l'erreur de type 2 [5]. En d'autres termes, les médecins sont plus enclins à dire qu'une personne en bonne santé est malade (faux positif, type 2) qu'une personne malade est en bonne santé (faux négatif, type 1). Les raisons de ce phénomène ne sont pas difficiles à trouver : il est clairement plus dangereux d'établir un diagnostic erroné pour une maladie que pour une santé. Il vaut mieux être prudent et soupçonner une maladie même chez les personnes en bonne santé.

Mais ce qui vaut pour la médecine ne vaut pas également pour la psychiatrie. Les maladies médicales, bien que malheureuses, ne sont pas communément péjoratives. Les diagnostics psychiatriques, au contraire, s'accompagnent de stigmates personnels, juridiques et sociaux [12]. Il était donc important de voir si la tendance à diagnostiquer les personnes saines d'esprit pouvait être inversée. L'expérience suivante a été organisée dans un hôpital de recherche et d'enseignement dont le personnel avait entendu ces conclusions mais doutait qu'une telle erreur puisse se produire dans leur hôpital. Le personnel a été informé qu'à un moment donné au cours des trois mois suivants, un ou plusieurs pseudo-patients tenteraient d'être admis dans l'hôpital psychiatrique. Il a été demandé à chaque membre du personnel d'évaluer chaque patient qui se présentait à l'admission ou dans le service selon la probabilité qu'il s'agisse d'un pseudo-patient. Une échelle de 10 points a été utilisée, les notes 1 et 2 reflétant une confiance élevée dans le fait que le patient était un pseudo-patient.

Des jugements ont été obtenus sur 193 patients admis pour un traitement psychiatrique. Tous les membres du personnel qui ont eu un contact soutenu avec le patient ou qui en sont les principaux responsables -- accompagnateurs, infirmières, psychiatres, médecins et psychologues -- ont été invités à émettre des jugements. Quarante et un patients ont été considérés, avec un degré de confiance élevé, comme des pseudo-patients par au moins un membre du personnel. Vingt-trois ont été considérés comme suspects par au moins un psychiatre. Dix-neuf ont été suspectés par un psychiatre et un autre membre du personnel. En fait, aucun véritable pseudo-patient (du moins de mon groupe) ne s'est présenté au cours de cette période.

L'expérience est instructive. Elle indique que la tendance à désigner des personnes saines d'esprit comme folles peut être inversée lorsque les enjeux (dans ce cas, le prestige et l'acuité diagnostique) sont élevés. Mais que peut-on dire des 19 personnes soupçonnées d'être "saines d'esprit" par un psychiatre et un autre membre du personnel ? Ces personnes étaient-elles vraiment "saines d'esprit" ou était-ce plutôt le cas qu'en évitant l'erreur de type 2, le personnel avait tendance à faire plus d'erreurs du premier type - en qualifiant les fous de "sains d'esprit".

Il n'y a aucun moyen de le savoir. Mais une chose est sûre : tout processus de diagnostic qui se prête trop facilement à des erreurs massives de ce type ne peut pas être très fiable.

L'ADHÉRENCE DES ÉTIQUETTES PSYCHODIAGNOSTIQUES

Au-delà de la tendance à qualifier de malades les personnes en bonne santé - une tendance qui explique mieux le comportement diagnostique à l'admission qu'après une longue période d'exposition - les données témoignent du rôle massif de l'étiquetage dans l'évaluation psychiatrique. Une fois étiqueté schizophrène, le pseudo-patient ne peut rien faire pour se défaire de cette étiquette. L'étiquette colore profondément la perception que les autres ont de lui et de son comportement.

D'un certain point de vue, ces données ne sont guère surprenantes, car on sait depuis longtemps que la signification des éléments est donnée par le contexte dans lequel ils apparaissent. La psychologie de la Gestalt a vigoureusement insisté sur ce point et Asch [13] a démontré qu'il existe des traits de personnalité "centraux" (tels que "chaud" ou "froid") qui sont si puissants qu'ils colorent nettement la signification d'autres informations dans la formation d'une impression d'une personnalité donnée [14]. Les termes "fou", "schizophrène", "maniaco-dépressif" et "cinglé" sont probablement parmi les plus puissants de ces traits centraux. Une fois qu'une personne est désignée comme anormale, tous ses autres comportements et caractéristiques sont colorés par cette étiquette. En effet, cette étiquette est si puissante que de nombreux comportements normaux des pseudo-patients ont été complètement ignorés ou profondément mal interprétés. Quelques exemples peuvent clarifier cette question.

Plus tôt, j'ai indiqué qu'il n'y avait pas de changement dans l'histoire personnelle et la situation actuelle du pseudo-patient en dehors du nom, de l'emploi et, le cas échéant, de la vocation. Pour le reste, une description véridique de l'histoire personnelle et des circonstances a été offerte. Ces circonstances n'étaient pas psychotiques. Comment ont-elles été rendues compatibles avec le diagnostic modifié de manière à les rendre conformes aux circonstances de la vie du pseudo-patient, telles qu'il les a décrites ?

Pour autant que je puisse le déterminer, les diagnostics n'étaient aucunement affectés par la santé relative des circonstances de la vie d'un pseudo-patient. C'est plutôt l'inverse qui s'est produit : la perception de ses circonstances a été entièrement façonnée par le diagnostic. Le cas d'un pseudo-patient qui avait eu une relation étroite avec sa mère, mais qui avait été plutôt éloigné de son père pendant sa petite enfance, est un exemple clair de ce type de traduction. Pendant l'adolescence et au-delà, cependant, son père est devenu un ami proche, tandis que sa relation avec sa mère s'est refroidie. La relation qu'il entretient actuellement avec sa femme est typiquement étroite et chaleureuse. Hormis quelques coups de colère occasionnels, les frictions étaient minimales. Les enfants ont rarement reçu de fessées. Il n'y a certainement rien de particulièrement pathologique dans une telle histoire. En effet, de nombreux lecteurs peuvent observer un schéma similaire dans leurs propres expériences, sans conséquences délétères marquées. Observez, cependant, comment une telle histoire a été traduite dans le contexte psychopathologique, à partir du résumé du cas préparé après la sortie de la patiente.

Cet homme blanc de 39 ans... manifeste depuis longtemps une ambivalence considérable dans ses relations intimes, qui commence dès la petite enfance. Une

relation chaleureuse avec sa mère se refroidit au cours de l'adolescence. La relation distante avec son père est décrite comme devenant très intense. La stabilité affective est absente. Ses tentatives de contrôle de l'émotivité avec sa femme et ses enfants sont ponctuées d'accès de colère et, dans le cas des enfants, de fessées. Et bien qu'il dise avoir plusieurs bons amis, on sent une ambivalence considérable dans ces relations également...

Les faits ont été involontairement déformés par le personnel pour être en accord avec une théorie populaire de la dynamique d'une réaction schizophrénique [15]. Rien d'ambivalent n'avait été décrit dans les relations avec les parents, le conjoint ou les amis. Dans la mesure où l'ambivalence pouvait être déduite, elle n'était probablement pas plus importante que celle que l'on trouve dans toutes les relations humaines. Il est vrai que les relations du pseudo-patient avec ses parents ont changé au fil du temps, mais dans un contexte ordinaire, cela ne serait guère remarquable - en fait, on pourrait très bien s'y attendre. Il est clair que la signification attribuée à ses verbalisations (c'est-à-dire l'ambivalence, l'instabilité affective) a été déterminée par le diagnostic : la schizophrénie. Une signification totalement différente aurait été attribuée si l'on avait su que l'homme était "normal".

Tous les pseudo-patients ont pris des notes détaillées en public. Dans des circonstances normales, un tel comportement aurait soulevé des questions dans l'esprit des observateurs, comme ce fut d'ailleurs le cas parmi les patients. En effet, il semblait tellement certain que les notes susciteraient des soupçons que des précautions élaborées ont été prises pour les retirer chaque jour du service. Mais ces précautions se sont avérées inutiles. Le moment où un membre du personnel s'est le plus approché d'une remise en question de ces notes s'est produit lorsqu'un pseudo-patient a demandé à son médecin quel type de médicament il recevait et qu'il a commencé à noter la réponse. Il a commencé à noter la réponse. "Vous n'avez pas besoin de l'écrire", lui a-t-on dit gentiment. "Si vous avez du mal à vous en souvenir, vous n'avez qu'à me le redemander".

Si aucune question n'a été posée aux pseudo-patients, comment leurs écrits ont-ils été interprétés ? Les dossiers infirmiers de trois patients indiquent que l'écriture était considérée comme un aspect de leur comportement pathologique. Le commentaire quotidien des infirmières sur l'un des pseudo-patients, qui n'a jamais été interrogé sur son écriture, est le suivant : "Le patient est engagé dans un comportement d'écriture". Étant donné que le patient est à l'hôpital, il doit être psychologiquement perturbé. Et comme il est perturbé, l'écriture continue doit être une manifestation comportementale de cette perturbation, peut-être un sous-ensemble des comportements compulsifs qui sont parfois corrélés à la schizophrénie.

Une caractéristique tacite du diagnostic psychiatrique est qu'il situe les sources d'aberration dans l'individu et rarement dans le complexe de stimuli qui l'entoure. Par conséquent, les comportements stimulés par l'environnement sont souvent attribués à tort au trouble du patient. Par exemple, une infirmière bienveillante a trouvé un pseudo-patient qui arpentait les longs couloirs de l'hôpital. "Nerveux, M. X", lui a-t-elle demandé. "Non, je m'ennuie", répondit-il.

Les notes prises par les pseudo-patients sont pleines de comportements de patients qui ont été mal interprétés par un personnel bien intentionné. Il arrive souvent qu'un patient devienne "fou" parce qu'il a été, volontairement ou involontairement, maltraité par, disons, un préposé. Une infirmière arrivant sur les lieux s'enquiert

rarement, même de façon superficielle, des stimuli environnementaux à l'origine du comportement du patient. Elle supposait plutôt que sa contrariété provenait de sa pathologie, et non de ses interactions actuelles avec les autres membres du personnel. Occasionnellement, le personnel pouvait supposer que la famille du patient (en particulier lorsqu'elle venait de lui rendre visite) ou d'autres patients avaient stimulé l'accès de colère. Mais jamais le personnel n'a supposé que l'un d'entre eux ou la structure de l'hôpital avait quelque chose à voir avec le comportement d'un patient. Un psychiatre a montré du doigt un groupe de patients assis devant l'entrée de la cafétéria une demi-heure avant l'heure du déjeuner. A un groupe de jeunes résidents, il a indiqué qu'un tel comportement était caractéristique de la nature orale-acquisitive du syndrome. Il ne semblait pas lui venir à l'esprit qu'il y avait très peu de choses à prévoir dans un hôpital psychiatrique en dehors du repas.

Une étiquette psychiatrique a une vie et une influence qui lui sont propres. Une fois que le patient a l'impression d'être schizophrène, on s'attend à ce qu'il continue à l'être. Lorsqu'un laps de temps suffisant s'est écoulé, au cours duquel le patient n'a rien fait de bizarre, on considère qu'il est en rémission et qu'il peut sortir de l'hôpital. Mais l'étiquette perdue au-delà de la sortie, avec l'attente non confirmée qu'il se comportera à nouveau comme un schizophrène. De telles étiquettes, attribuées par des professionnels de la santé mentale, ont autant d'influence sur le patient que sur ses parents et amis, et il ne faut pas s'étonner que le diagnostic agisse sur chacun d'entre eux comme une prophétie auto-réalisatrice. Finalement, le patient lui-même accepte le diagnostic, avec toutes ses significations et attentes excédentaires, et se comporte en conséquence [5].

Les conclusions à tirer de ces questions sont assez simples. Tout comme Zigler et Phillips ont démontré que les symptômes présentés par les patients ayant fait l'objet de divers diagnostics se chevauchent énormément [16], les comportements des personnes saines d'esprit et des personnes aliénées se chevauchent également énormément. Les personnes saines d'esprit ne sont pas toujours "saines d'esprit". Nous perdons notre sang-froid "sans raison valable". Nous sommes parfois déprimés ou anxieux, là encore sans raison valable. Et nous pouvons avoir du mal à nous entendre avec l'une ou l'autre personne, là encore sans raison précise. De même, les aliénés ne le sont pas toujours. En effet, les pseudo-patients avaient l'impression, lorsqu'ils vivaient avec eux, qu'ils étaient sains d'esprit pendant de longues périodes - que les comportements bizarres sur lesquels leurs diagnostics étaient prétendument fondés ne constituaient qu'une petite fraction de leur comportement total. S'il est absurde de s'étiqueter dépressif permanent sur la base d'une dépression occasionnelle, il faut des preuves plus solides que celles dont on dispose actuellement pour étiqueter tous les patients comme fous ou schizophrènes sur la base de comportements ou de cognitions bizarres. Il semble plus utile, comme l'a souligné Mischel [17], de limiter nos discussions aux comportements, aux stimuli qui les provoquent et à leurs corrélats.

On ne sait pas pourquoi des impressions fortes de traits de personnalité, telles que "fou" ou "insensé", apparaissent. Il est concevable que lorsque les origines et les stimuli d'un comportement sont lointains ou inconnus, ou lorsque le comportement nous semble immuable, des étiquettes de traits de caractère concernant le comportement apparaissent. En revanche, lorsque les origines et les stimuli sont connus et disponibles, le discours se limite au comportement lui-même. Ainsi, je peux avoir des hallucinations parce que je dors ou parce que j'ai ingéré une drogue

particulière. On parle alors respectivement d'hallucinations ou de rêves induits par le sommeil et d'hallucinations induites par la drogue. Mais lorsque les stimuli de mes hallucinations sont inconnus, on parle de folie ou de schizophrénie - comme si cette déduction était d'une certaine manière aussi éclairante que les autres.

L'EXPÉRIENCE DE L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Le terme "maladie mentale" est d'origine récente. Il a été inventé par des personnes qui avaient des penchants pour l'humanité et qui souhaitaient vivement que les personnes souffrant de troubles psychologiques ne soient plus considérées comme des sorcières ou des "fous", mais comme des personnes physiquement malades, et que le public ait de la sympathie pour elles. Ils ont réussi, du moins en partie, car le traitement des malades mentaux s'est considérablement amélioré au fil des ans. Mais si le traitement s'est amélioré, il est douteux que les gens considèrent réellement les malades mentaux de la même manière qu'ils considèrent les malades physiques. On se remet d'une jambe cassée, mais la maladie mentale est censée durer éternellement [18]. Une jambe cassée ne menace pas l'observateur, mais un schizophrène fou ? Il existe désormais de nombreuses preuves selon lesquelles les attitudes envers les malades mentaux sont caractérisées par la peur, l'hostilité, la distance, la suspicion et l'effroi [19]. Les malades mentaux sont les lépreux de la société. Les malades mentaux sont les lépreux de la société.

Que de telles attitudes touchent la population en général n'est peut-être pas surprenant, mais seulement dérangeant. Mais le fait qu'elles touchent les professionnels - accompagnateurs, infirmières, médecins, psychologues et travailleurs sociaux - qui traitent les malades mentaux est plus déconcertant, à la fois parce que ces attitudes sont évidemment pernicieuses et parce qu'elles sont involontaires. La plupart des professionnels de la santé mentale insisteraient sur le fait qu'ils ont de la sympathie pour les malades mentaux, qu'ils ne les évitent pas et qu'ils ne sont pas hostiles. Mais il est plus probable qu'une exquise ambivalence caractérise leurs relations avec les patients psychiatriques, de sorte que leurs impulsions avouées ne sont qu'une partie de leur attitude globale. Les attitudes négatives existent aussi et peuvent être facilement détectées. De telles attitudes ne doivent pas nous surprendre. Elles sont le fruit naturel des étiquettes que portent les patients et des lieux dans lesquels ils se trouvent.

Considérons la structure d'un hôpital psychiatrique typique. Le personnel et les patients sont strictement séparés. Le personnel dispose de son propre espace de vie, y compris ses salles à manger, ses salles de bains et ses lieux de rassemblement. Les locaux vitrés qui abritent le personnel professionnel, que les pseudo-patients ont fini par appeler "la cage", donnent sur chaque salle de séjour. Le personnel émerge principalement pour prendre soin des patients : pour leur administrer des médicaments, pour mener une thérapie ou une réunion de groupe, pour leur donner des instructions ou les réprimander. Autrement, le personnel se tient à l'écart, presque comme si le trouble qui afflige leurs protégés était d'une manière ou d'une autre contagieux.

La ségrégation patient-personnel est tellement la règle que, dans quatre hôpitaux publics où l'on a tenté de mesurer le degré d'interaction entre le personnel et les patients, il a fallu utiliser le "temps passé hors de la cage du personnel" comme mesure opérationnelle. Bien qu'il ne soit pas vrai que tout le temps passé hors de la cage soit consacré à la rencontre avec les patients (les soignants, par exemple, sortent

parfois pour regarder la télévision dans la salle de séjour), c'était la seule façon de recueillir des données fiables sur le temps à consacrer à la mesure.

Le temps moyen passé par les surveillants à l'extérieur de la cage était de 11,3 % (de 3 à 52 %). Ce chiffre ne représente pas seulement le temps passé à se mêler aux patients, mais comprend également le temps passé à des tâches telles que plier le linge, surveiller les patients pendant qu'ils se rasent, diriger le nettoyage de la salle et envoyer les patients à des activités en dehors de la salle. Il est relativement rare qu'un accompagnateur passe du temps à parler avec les patients ou à jouer avec eux. Il s'est avéré impossible d'obtenir un "pourcentage de temps de rencontre" pour les infirmières, car le temps qu'elles passaient hors de la cage était trop court. Nous avons plutôt compté les sorties de la cage. En moyenne, les infirmières de jour sont sorties de la cage 11,5 fois par équipe, y compris lorsqu'elles ont quitté complètement le service (de 4 à 39 fois). Les infirmières de fin d'après-midi et de nuit étaient encore moins disponibles, sortant en moyenne 9,4 fois par équipe (de 4 à 41 fois). Les données concernant les infirmières du petit matin, qui arrivaient généralement après minuit et partaient à 8 heures, ne sont pas disponibles car les patients dormaient pendant la majeure partie de cette période.

Les médecins, en particulier les psychiatres, étaient encore moins disponibles. On les voyait rarement dans les services. Très souvent, on ne les voyait qu'à leur arrivée et à leur départ, le reste du temps étant passé dans leur cabinet ou dans la cage. En moyenne, les médecins sont apparus dans le service 6,7 fois par jour (de 1 à 17 fois). Il s'est avéré difficile de faire une estimation précise à cet égard, car les médecins avaient souvent des horaires qui leur permettaient d'aller et venir à des moments différents.

L'organisation hiérarchique de l'hôpital psychiatrique a déjà été commentée [20], mais la signification latente de ce type d'organisation mérite d'être soulignée à nouveau. Ceux qui ont le plus de pouvoir ont le moins à faire avec les patients, et ceux qui ont le moins de pouvoir sont les plus impliqués avec eux. Rappelons toutefois que l'acquisition de comportements adaptés au rôle se fait principalement par l'observation des autres, les plus puissants ayant le plus d'influence. Par conséquent, il est compréhensible que les préposés passent plus de temps avec les patients que n'importe quel autre membre du personnel - ce qui est exigé par leur position dans la hiérarchie - mais aussi, dans la mesure où ils apprennent du comportement de leur supérieur, qu'ils passent le moins de temps possible avec les patients. Les préposés sont surtout présents dans la cage, où se trouvent les modèles, l'action et le pouvoir.

J'aborde maintenant une autre série d'études, portant sur la réaction du personnel aux contacts initiés par les patients. On sait depuis longtemps que le temps qu'une personne passe avec vous peut être un indice de l'importance qu'elle vous accorde. S'il établit et maintient un contact visuel, il y a lieu de penser qu'il tient compte de vos demandes et de vos besoins. S'il s'arrête pour discuter ou s'il s'arrête pour parler, il y a des raisons supplémentaires de penser qu'il vous individualise. Dans quatre hôpitaux, les pseudo-patients ont abordé le membre du personnel avec une demande qui prenait la forme suivante : "Excusez-moi, M. [ou Dr ou Mme] X, pourriez-vous me dire quand je serai éligible pour les privilèges de terrain " (ou " ... quand je serai présenté à la réunion du personnel " ou " ... quand je suis susceptible d'être libéré "). Bien que le contenu de la question varie en fonction de la pertinence de la cible et des besoins actuels (apparents) du pseudo-patient, la forme est toujours une demande

d'information courtoise et pertinente. On veillait à ne jamais approcher un membre du personnel plus d'une fois par jour, de peur qu'il ne devienne méfiant ou irrité. En examinant ces données, il faut se rappeler que le comportement des pseudo-patients n'était ni bizarre ni perturbateur. On pouvait en effet engager une bonne conversation avec eux.

Les données de ces expériences sont présentées dans le tableau 1, séparément pour les médecins (colonne 1) et pour les infirmières et les aides-soignants (colonne 2). Les différences mineures entre ces quatre institutions ont été écrasées par la mesure dans laquelle le personnel a évité de poursuivre les contacts initiés par les patients. De loin, la réponse la plus fréquente consistait en une brève réponse à la question, donnée alors qu'ils étaient "en mouvement" et que leur tête était détournée, ou en l'absence de toute réponse.

La rencontre prenait souvent la forme bizarre suivante : (pseudo-patient) "Pardonnez-moi, Dr. X. Pourriez-vous me dire quand je serai éligible pour des privilèges de terrain" (médecin) "Bonjour, Dave. Comment allez-vous aujourd'hui ?" (Il s'éloigne sans attendre de réponse.)

Table 1. Self-initiated contact by pseudopatients with psychiatrists and nurses and attendants, compared to contact with other groups.

Contact	Psychiatric hospitals		University campus (nonmedical)	University medical center		
	(1) Psychiatrists	(2) Nurses and attendants		(3) Faculty	Physicians	
				(4) "Looking for a psychiatrist"	(5) "Looking for an internist"	(6) No additional comment
Responses						
Moves on, head averted (%)	71	88	0	0	0	0
Makes eye contact (%)	23	10	0	11	0	0
Pauses and chats (%)	2	2	0	11	0	10
Stops and talks (%)	4	0.5	100	78	100	90
Mean number of questions answered (out of 6)	*	*	6	3.8	4.8	4.5
Respondents (No.)	13	47	14	18	15	10
Attempts (No.)	185	1283	14	18	15	10

* Not applicable.

Il est instructif de comparer ces données avec celles obtenues récemment à l'université de Stanford. Il a été dit que les grandes et éminentes universités se caractérisent par des professeurs tellement occupés qu'ils n'ont pas de temps à consacrer aux étudiants. Pour cette comparaison, une jeune femme s'est approchée de certains membres du corps enseignant qui semblaient se rendre délibérément à une réunion ou à un cours et leur a posé les six questions suivantes.

- 1) "Excusez-moi, pourriez-vous m'indiquer le Hall Encina" (à la faculté de médecine : "... au Centre de Recherche Clinique").
- 2) "Savez-vous où se trouve la Fish Annex ?" (il n'y a pas de Fish Annex à Stanford).
- 3) "Enseignez-vous ici ?"
- 4) "Comment demander l'admission au collège ?" (à la faculté de médecine : "... à la faculté de médecine").
- 5) "Est-il difficile d'entrer ?"
- 6) "Existe-t-il une aide financière ?"

Comme le montre le tableau 1 (colonne 3), toutes les personnes interrogées ont répondu à toutes les questions, sans exception. Même s'ils étaient très pressés, tous les répondants ont non seulement maintenu le contact visuel, mais se sont arrêtés pour parler. En effet, de nombreuses personnes interrogées ont fait un effort pour diriger ou conduire l'enquêtrice vers le bureau qu'elle cherchait, pour essayer de localiser "l'annexe Fish" ou pour discuter avec elle des possibilités d'être admise à l'université.

Des données similaires, également reprises dans le tableau 1 (colonnes 4, 5 et 6), ont été obtenues à l'hôpital. Ici aussi, la jeune femme s'était préparée à répondre à six questions. Cependant, après la première question, elle a fait remarquer à 18 de ses répondants (colonne 4) : "Je cherche un psychiatre" et à 15 autres (colonne 5) : "Je cherche un interniste." Dix autres répondants n'ont reçu aucun commentaire (colonne 6). Dix autres répondants n'ont reçu aucun commentaire inséré (colonne 6). Le degré général de coopération dans les réponses est considérablement plus élevé pour ces groupes universitaires que pour les pseudo-patients des hôpitaux psychiatriques. Malgré cela, des différences sont apparentes au sein de la faculté de médecine. Une fois qu'elle a indiqué qu'elle cherchait un psychiatre, le degré de coopération obtenu est moindre que lorsqu'elle cherchait un interniste.

L'IMPUISSANCE ET LA DÉPERSONNALISATION

Le contact visuel et le contact verbal reflètent la préoccupation et l'individuation ; leur absence, l'évitement et la dépersonnalisation. Les données que j'ai présentées ne rendent pas justice aux riches rencontres quotidiennes qui se sont développées autour des questions de dépersonnalisation et d'évitement. J'ai des dossiers de patients qui ont été battus par le personnel pour avoir initié un contact verbal. Au cours de ma propre expérience, par exemple, un patient a été battu en présence d'autres patients pour s'être approché d'un soignant et lui avoir dit : "Je t'aime bien". Parfois, les punitions infligées aux patients pour des délits mineurs semblaient si excessives qu'elles ne pouvaient être justifiées par les interprétations les plus rationnelles du canon psychiatrique. Néanmoins, elles semblaient ne pas être remises en question. Les esprits sont souvent échauffés. Un patient qui n'avait pas entendu l'appel à la prise de médicaments était vertement réprimandé, et les surveillants du matin réveillaient souvent les patients en leur disant : "Allez, les m-----f-----s, sortez du lit !".

Ni les données anecdotiques ni les données "concrètes" ne peuvent rendre compte du sentiment d'impuissance écrasant qui envahit l'individu lorsqu'il est continuellement exposé à la dépersonnalisation de l'hôpital psychiatrique. Il importe peu de savoir quel hôpital psychiatrique - les excellents hôpitaux publics et les hôpitaux privés très cossus étaient meilleurs que les hôpitaux ruraux et miteux à cet égard, mais, encore une fois, les caractéristiques que les hôpitaux psychiatriques avaient en commun dépassaient de loin leurs différences apparentes.

L'impuissance était évidente partout.

Le patient est privé d'un grand nombre de ses droits légaux en raison de son engagement psychiatrique [21]. Il est dépourvu de crédibilité en raison de son étiquette psychiatrique. Sa liberté de mouvement est restreinte. Il ne peut pas prendre l'initiative d'un contact avec le personnel, mais peut seulement répondre à ses avances. L'intimité personnelle est réduite au minimum. Tout membre du personnel peut pénétrer dans les locaux du patient et examiner ses biens, quelle qu'en soit la raison. Son histoire personnelle et ses angoisses sont accessibles à tout membre du personnel (y compris souvent la "dame grise" et le bénévole "strip-teaseur") qui choisit de lire son dossier, indépendamment de la relation thérapeutique qu'il entretient avec lui. Son hygiène personnelle et l'évacuation de ses déchets sont souvent contrôlées. Les toilettes n'ont pas de porte.

Parfois, la dépersonnalisation atteignait de telles proportions que les pseudo-patients avaient le sentiment d'être invisibles, ou du moins indignes d'être pris en compte. Lors de mon admission, j'ai passé, avec d'autres pseudo-patients, les premiers examens physiques dans une salle semi-publique, où les membres du personnel vaquaient à leurs occupations comme si nous n'étions pas là.

Dans le service, les soignants infligeaient des violences verbales et parfois des violences physiques graves aux patients en présence d'autres personnes (les pseudo-patients) qui notaient tout. Le comportement abusif, quant à lui, cessait brusquement lorsque l'on savait que d'autres membres du personnel allaient arriver. Les membres du personnel sont des témoins crédibles. Les patients ne le sont pas.

Une infirmière a déboutonné son uniforme pour ajuster son soutien-gorge en présence d'un service entier d'hommes en train de regarder. On n'a pas eu l'impression qu'elle était aguicheuse. Au contraire, elle ne nous a pas remarqués. Un groupe de membres du personnel peut désigner un patient dans la salle de séjour et discuter de lui avec animation, comme s'il n'était pas là.

Un exemple éclairant de dépersonnalisation et d'invisibilité s'est produit en ce qui concerne les médicaments. Au total, les pseudo-patients ont reçu près de 2 100 pilules, dont Elavil, Stelazine, Compazine et Thorazine, pour n'en citer que quelques-unes. (Le fait qu'une telle variété de médicaments ait été administrée à des patients présentant des symptômes identiques mérite en soi d'être souligné). Seuls deux ont été avalés. Les autres ont été empochés ou déposés dans les toilettes.

Les pseudo-patients n'étaient pas les seuls à agir de la sorte. Bien que je ne dispose pas de données précises sur le nombre de patients qui ont rejeté leurs médicaments, les pseudo-patients trouvaient fréquemment les médicaments d'autres patients dans les toilettes avant d'y déposer les leurs. Tant qu'ils étaient coopératifs, leur comportement et celui des pseudopatients dans ce domaine, comme dans d'autres domaines importants, passaient inaperçus.

Les réactions des pseudo-patients à cette dépersonnalisation ont été intenses. Bien qu'ils soient venus à l'hôpital en tant qu'observateurs participants et qu'ils soient parfaitement conscients qu'ils n'étaient pas "à leur place", ils se sont néanmoins retrouvés pris dans le processus de dépersonnalisation et l'ont combattu. Quelques exemples : un étudiant diplômé en psychologie a demandé à sa femme d'apporter ses manuels à l'hôpital pour qu'il puisse "rattraper ses devoirs" - et ce malgré les précautions élaborées prises pour dissimuler son association professionnelle. Le même étudiant, qui s'était entraîné pendant un certain temps pour entrer à l'hôpital et qui s'était réjoui de cette expérience, s'est "souvenu" de courses de dragsters qu'il voulait voir le week-end et a insisté pour sortir à cette date. Un autre pseudo-patient a tenté une aventure avec une infirmière. Par la suite, il a informé le personnel qu'il demandait à être admis dans une école supérieure de psychologie et qu'il avait toutes les chances d'être admis, puisqu'un professeur diplômé était l'un de ses visiteurs réguliers à l'hôpital. La même personne a commencé à entreprendre une psychothérapie avec d'autres patients - tout cela pour devenir une personne dans un environnement impersonnel.

LES SOURCES DE LA DÉPERSONNALISATION

Quelles sont les origines de la dépersonnalisation ? J'en ai déjà mentionné deux. Tout d'abord, les attitudes que nous avons tous à l'égard des malades mentaux - y compris ceux qui les traitent - attitudes caractérisées par la peur, la méfiance et des attentes horribles d'une part, et par des intentions bienveillantes d'autre part. Notre ambivalence conduit, dans ce cas comme dans d'autres, à l'évitement.

Deuxièmement, et ce n'est pas tout à fait distinct, la structure hiérarchique de l'hôpital psychiatrique facilite la dépersonnalisation. Ceux qui sont au sommet ont le moins à faire avec les patients, et leur comportement inspire le reste du personnel. La durée moyenne des contacts quotidiens avec les psychiatres, les psychologues, les

résidents et les médecins varie de 3,9 à 25,1 minutes, avec une moyenne globale de 6,8 (six pseudo-patients sur un total de 129 jours d'hospitalisation). Cette moyenne inclut le temps consacré à l'entretien d'admission, aux réunions de service en présence d'un membre du personnel supérieur, aux contacts de psychothérapie de groupe et individuelle, aux conférences de présentation de cas et aux réunions de sortie. Il est clair que les patients ne passent pas beaucoup de temps en contact interpersonnel avec le personnel doctoral. Et le personnel doctoral sert de modèle aux infirmières et au personnel soignant.

Il existe probablement d'autres sources. Les installations psychiatriques sont actuellement en grande difficulté financière. Le manque de personnel est omniprésent, ce qui réduit les contacts avec les patients. Pourtant, si les contraintes financières sont une réalité, on peut en faire trop. J'ai l'impression que les forces psychologiques qui entraînent la dépersonnalisation sont beaucoup plus fortes que les forces fiscales et que l'ajout de personnel n'améliorerait pas de façon correspondante les soins aux patients à cet égard. La fréquence des réunions du personnel et l'énorme quantité de dossiers sur les patients, par exemple, n'ont pas été réduites de manière aussi substantielle que le contact avec les patients. Il existe des priorités, même en période difficile. Le contact avec les patients n'est pas une priorité importante dans l'hôpital psychiatrique traditionnel, et les pressions fiscales n'y sont pour rien. L'évitement et la dépersonnalisation peuvent en être la cause.

Une forte dépendance à l'égard des médicaments psychotropes contribue tacitement à la dépersonnalisation en convainquant le personnel qu'un traitement est effectivement en cours et qu'il n'est peut-être pas nécessaire d'avoir d'autres contacts avec le patient. Toutefois, même dans ce cas, il convient d'être prudent dans la compréhension du rôle des médicaments psychotropes. Si les patients étaient puissants plutôt qu'impuissants, s'ils étaient considérés comme des individus intéressants plutôt que comme des entités diagnostiques, s'ils étaient socialement significatifs plutôt que des lépreux sociaux, si leur angoisse attirait réellement et entièrement notre sympathie et nos préoccupations, ne chercherions-nous pas à entrer en contact avec eux, en dépit de la disponibilité des médicaments ? Peut-être pour le plaisir ?

LES CONSÉQUENCES DE L'ÉTIQUETAGE ET DE LA DÉPERSONNALISATION

Lorsque le rapport entre ce qui est connu et ce qui doit être connu est proche de zéro, nous avons tendance à inventer des "connaissances" et à supposer que nous comprenons plus de choses que nous n'en comprenons réellement. Nous semblons incapables de reconnaître que nous ne savons tout simplement pas. Les besoins en matière de diagnostic et de remédiation des problèmes comportementaux et émotionnels sont énormes. Mais plutôt que de reconnaître que nous ne faisons que commencer à comprendre, nous continuons à qualifier les patients de "schizophrènes", "maniaco-dépressifs" et "fous", comme si ces mots reflétaient l'essence même de la compréhension. En réalité, nous savons depuis longtemps que les diagnostics ne sont souvent ni utiles ni fiables, mais nous continuons néanmoins à les utiliser. Nous savons aujourd'hui que nous ne pouvons pas distinguer la santé mentale de la folie. Il est déprimant de penser à la manière dont cette information sera utilisée.

Ce n'est pas seulement déprimant, c'est effrayant. Combien de personnes, se demande-t-on, sont saines d'esprit mais ne sont pas reconnues comme telles dans nos institutions psychiatriques ? Combien ont été inutilement dépouillées de leurs privilèges de citoyens, depuis le droit de vote et de conduire jusqu'à celui de gérer leurs propres comptes ? Combien ont feint la folie pour éviter les conséquences criminelles de leur comportement et, inversement, combien préféreraient être jugées plutôt que de vivre interminablement dans un hôpital psychiatrique, mais sont considérées à tort comme des malades mentaux ? Combien ont été stigmatisés par des diagnostics bien intentionnés, mais néanmoins erronés ? Sur le dernier point, rappelons qu'une "erreur de type 2" dans le diagnostic psychiatrique n'a pas les mêmes conséquences que dans le diagnostic médical. Un diagnostic de cancer qui s'est avéré erroné est un motif de réjouissance. En revanche, les diagnostics psychiatriques sont rarement erronés. L'étiquette reste collée, une marque d'inadéquation pour toujours.

Enfin, combien de patients peuvent être "sains d'esprit" en dehors de l'hôpital psychiatrique mais y paraître fous - non pas parce que la folie réside en eux, mais parce qu'ils réagissent à un environnement bizarre, qui peut être propre aux institutions qui abritent des personnes sans cervelle ? Goffman [4] appelle le processus de socialisation dans de telles institutions "mortification" - une métaphore appropriée qui inclut les processus de dépersonnalisation qui ont été décrits ici. Et bien qu'il soit impossible de savoir si les réponses des pseudo-patients à ces processus sont caractéristiques de tous les détenus - ils n'étaient, après tout, pas de vrais patients - il est difficile de croire que ces processus de socialisation dans un hôpital psychiatrique fournissent des attitudes ou des habitudes de réponse utiles pour vivre dans le "monde réel".

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Il est clair que nous ne pouvons pas distinguer les sains d'esprit des fous dans les hôpitaux psychiatriques. L'hôpital lui-même impose un environnement particulier dans lequel la signification du comportement peut facilement être mal comprise. Les conséquences pour les patients hospitalisés dans un tel environnement - l'impuissance, la dépersonnalisation, la ségrégation, la mortification et l'auto-étiquetage - semblent indubitablement contre-thérapeutiques.

Je ne comprends pas encore assez bien ce problème pour percevoir des solutions. Mais deux questions semblent prometteuses. Le premier concerne la prolifération des centres communautaires de santé mentale, des centres d'intervention en cas de crise, du mouvement du potentiel humain et des thérapies comportementales qui, malgré tous leurs problèmes, tendent à éviter les étiquettes psychiatriques, à se concentrer sur des problèmes et des comportements spécifiques et à maintenir l'individu dans un environnement relativement peu péjoratif. Il est clair que, dans la mesure où nous évitons d'envoyer les personnes en détresse dans des lieux insensés, les impressions que nous avons d'elles risquent moins d'être déformées. (Il me semble que le risque de distorsion des perceptions est toujours présent, étant donné que nous sommes beaucoup plus sensibles aux comportements et aux paroles d'un individu qu'aux stimuli contextuels subtils qui les favorisent souvent. Il s'agit ici d'une question d'ampleur. Et, comme je l'ai montré, l'ampleur de la distorsion est extrêmement élevée dans le contexte extrême d'un hôpital psychiatrique).

La deuxième question qui pourrait s'avérer prometteuse concerne la nécessité d'accroître la sensibilité des professionnels de la santé mentale et des chercheurs à la position "Catch 22" des patients psychiatriques. La simple lecture de documents dans ce domaine sera utile à certains de ces travailleurs et chercheurs. Pour d'autres, l'expérience directe de l'impact de l'hospitalisation psychiatrique sera d'une grande utilité. Il est clair que des recherches plus approfondies sur la psychologie sociale de ces institutions totales faciliteront le traitement et approfondiront la compréhension.

Moi-même et les autres pseudo-patients en milieu psychiatrique avons eu des réactions nettement négatives. Nous ne prétendons pas décrire les expériences subjectives des vrais patients. Elles peuvent être différentes des nôtres, en particulier avec le passage du temps et le processus nécessaire d'adaptation à l'environnement. Mais nous pouvons parler, et nous le faisons, des indices relativement plus objectifs du traitement au sein de l'hôpital. Ce serait une erreur, et une erreur très regrettable, de considérer que ce qui nous est arrivé est dû à la malveillance ou à la stupidité du personnel. Bien au contraire, nous avons eu l'impression d'avoir affaire à des personnes qui s'intéressaient vraiment à nous, qui étaient engagées et qui étaient d'une intelligence peu commune. Lorsqu'ils ont échoué, comme ils l'ont parfois fait douloureusement, il serait plus juste d'attribuer ces échecs à l'environnement dans lequel ils se trouvaient eux aussi, plutôt qu'à une insensibilité personnelle. Leurs perceptions et leurs comportements étaient contrôlés par la situation, plutôt que motivés par une disposition malveillante. Dans un environnement plus bénin, moins attaché au diagnostic global, leurs comportements et leurs jugements auraient pu être plus bénins et plus efficaces.

L'auteur est professeur de psychologie et de droit à l'Université de Stanford, Stanford, Californie 94305. Des parties de ces données ont été présentées lors de colloques des départements de psychologie de l'Université de Californie à Berkeley et à Santa Barbara, de l'Université d'Arizona à Tucson et de l'Université de Harvard à Cambridge, Massachusetts.

Références et notes

[1] P. Ash, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 44, 272 (1949) ; A. T. Beck, *Amer. J. Psychiat.* 119, 210 (1962) ; A. T. Boisen, *Psychiatry* 2, 233 (1938) ; N. Kreitman, *J. Ment. Sci.* 107, 876 (1961) ; N. Kreitman, P. Sainsbury, J. Morrissey, J. Towers, J. Scrivener, *ibid.* p. 887 ; H. O. Schmitt et C. P. Fonda, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 52, 262 (1956) ; W. Seeman, *J. Nerv. Ment. Dis.* 118, 541 (1953). Pour une analyse de ces artefacts et des résumés des différends, voir J. Zubin, *Annu. Rev. Psychol.* 18, 373 (1967) ; L. Phillips et J. G. Draguns, *ibid.* 22, 447 (1971).

[2] R. Benedict, *J. Gen. Psychol.* 10, 59 (1934).

[3] Voir à cet égard H. Becker, *Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance* (Free Press, New York, 1963) ; B. M. Braginsky, D. D. Braginsky, K. Ring, *Methods of Madness : The Mental Hospital as a Last Resort* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969) ; G. M. Crocetti et P. V. Lemkau, *Amer. Sociol. Rev.* 30, 577 (1965) ; E. Goffman, *Behavior in Public Places* (Free Press, New York, 1964) ; R. D. Laing, *The Divided Self : A Study of Sanity and Madness* (Quadrangle, Chicago, 1960) ; D. L. Phillips, *Amer. Sociol. Rev.* 28, 963 (1963) ; T. R. Sarbin, *Psychol. Today* 6, 18 (1972) ; E. Schur, *Amer. J. Sociol.* 75, 309 (1969) ; T. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry* (Macmillan, New York, 1963) ; *The Myth of Mental Illness : Foundations of a Theory of Mental Illness* (Hoebner-Harper, New York, 1963). Pour une critique de certains de ces points de vue, voir W. R. Gove, *Amer. Sociol. Rev.* 35, 873 (1970).

[4] E. Goffman, *Asylums* (Doubleday, Garden City, N.Y., 1961).

[5] T. J. Scheff, *Being Mentally Ill : A Sociological Theory* (Aldine, Chicago, 1966).

[6] Les données d'un neuvième pseudo-patient ne sont pas incluses dans ce rapport car, bien que sa santé mentale n'ait pas été détectée, il a falsifié certains aspects de son histoire personnelle, y compris son état civil et ses relations parentales. Ses comportements expérimentaux n'étaient donc pas identiques à ceux des autres pseudo-patients.

[7] A. Barry, *Bellevue Is a State of Mind* (Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1971) ; I. Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital* (McGraw-Hill, New York, 1956) ; W. Caudill, F. C. Redlich, H. R. Gilmore, E. B. Brody, *Amer. J. Orthopsychiat.* 22, 314 (1952) ; A. R. Goldman, R. H. Bohr, T. A. Steinberg, *Prof. Psychol.* 1, 427 (1970) ; sans auteur, *Roche Report 1* (No. 13), (1971) 8.

[8] Au-delà des difficultés personnelles que le pseudo-patient est susceptible de rencontrer à l'hôpital, il existe des difficultés juridiques et sociales qui, combinées, requièrent une attention considérable avant l'admission. Par exemple, une fois admis dans un établissement psychiatrique, il est difficile, voire impossible, d'en sortir à brève échéance, en dépit de la législation de l'État. Je n'étais pas sensible à ces difficultés au début du projet, ni aux urgences personnelles et situationnelles qui peuvent survenir, mais par la suite, un acte d'habeas corpus a été préparé pour chacun des pseudo-patients entrant et un avocat a été gardé "de garde" pendant chaque hospitalisation. Je remercie John Kaplan et Robert Bartels pour leurs conseils juridiques et leur assistance dans ces domaines.

[9] Aussi déplaisante que soit cette dissimulation, elle constituait une première étape nécessaire à l'examen de ces questions. Sans cette dissimulation, il n'y aurait eu aucun moyen de savoir dans quelle mesure ces expériences étaient valables ; il n'y avait pas non plus de moyen de savoir si les détections qui se produisaient étaient un hommage à la perspicacité diagnostique du personnel ou au réseau de rumeurs de l'hôpital. Évidemment, comme mes préoccupations sont d'ordre général et concernent tous les hôpitaux et toutes les équipes, j'ai respecté l'anonymat de ces personnes et j'ai éliminé les indices qui auraient pu permettre de les identifier.

[10] Il est intéressant de noter que sur les 12 admissions, 11 ont été diagnostiquées comme schizophrènes et une, avec une symptomatologie identique, comme psychose maniaco-dépressive. Ce dernier diagnostic a un pronostic plus favorable, et il a été posé par le seul hôpital privé de notre échantillon. Sur les relations entre classe sociale et diagnostic psychiatrique, voir A. deB. Hollingshead et F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness : A Community Study* (Wiley, New York, 1958).

[11] Il est possible, bien sûr, que les patients aient des latitudes assez larges en matière de diagnostic et soient donc enclins à considérer que de nombreuses personnes sont saines d'esprit, même celles dont le comportement est manifestement aberrant. Cependant, bien que nous ne disposions pas de données concrètes à ce sujet, nous avons eu la nette impression que ce n'était pas le cas. Dans de nombreux cas, les patients ne se contentaient pas de nous attirer l'attention, ils en venaient à imiter nos comportements et nos styles.

[12] J. Cumming et E. Cumming, *Community Ment. Health* 1, 135 (1965) ; A. Farina et K. Ring, *J. Abnorm. Psychol.* 70, 47 (1965) ; H. E. Freeman et O. G. Simmons, *The Mental Patient Comes Home* (Wiley, New York, 1963) ; W. J. Johannsen, *Ment. Hygiene* 53, 218 (1969) ; A. S. Linsky, *Soc. Psychiat.* 5, 166 (1970).

[13] S. E. Asch, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 41, 258 (1946) ; *Social Psychology* (Prentice-Hall, New York, 1952).

[14] Voir également I. N. Mensh et J. Wishner, *J. Personality* 16, 188 (1947) ; J. Wishner, *Psychol. Rev.* 67, 96 (1960) ; J. S. Bruner et R. Tagiuri, in *Handbook of*

Social Psychology, G. Lindzey, Ed. (Addison-Wesley, Cambridge, Mass., 1954), vol. 2, pp. 634-654 ; J. S. Bruner, D. Shapiro, R. Tagiuri, in *Person Perception and Interpersonal Behavior*, R. Tagiuri and L. Petrullo, Eds. (Stanford Univ. Press, Stanford, Calif., 1958), pp. 277-288. 18

[15] Pour un exemple de prophétie autoréalisatrice similaire, portant dans ce cas sur le trait "central" de l'intelligence, voir R. Rosenthal et L. Jacobson, *Pygmalion in the Classroom* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968).

[16] E. Zigler et L. Phillips, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 63, 69 (1961). Voir aussi R. K. Freudenberg et J. P. Robertson, *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiatr.* 76, 14 (1956).

[17] W. Mischel, *Personality and Assessment* (Wiley, New York, 1968).

[L'exemple le plus récent et le plus malheureux de ce principe est celui du sénateur Thomas Eagleton.

[19] T. R. Sarbin et J. C. Mancuso. *J. Clin. Consult. Psychol.* 35, 159 (1970) ; T. R. Sarbin, *ibid.* 31, 447 (1967) ; J. C. Nunnally, Jr, *Popular Conceptions of Mental Health* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1961).

[20] A. H. Stanton et M. S. Schwartz, *The Mental Hospital : A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment* (Basic, New York, 1954). [21] D. B.

Wexler et S. E. Scoville, *Ariz. Law Rev.* 13, 1 (1971). [22] Je remercie W. Mischel, E. Orne et M. S. Rosenhan pour leurs commentaires sur une première version de ce manuscrit.