

Axel Guioux
Évelyne Lasserre

De l'utopie au système d'action
ou
le dehors psychiatrique : l'exemple du Centre
Hospitalier Le Vinatier

- Responsable scientifique : **Gilles HERREROS**, maître de conférence à l'Université Lumière Lyon II, docteur en sociologie, Laboratoire de recherche : GLYSI (Groupe Lyonnais de Sociologie).

- Responsable scientifique : **François LAPLANTINE**, professeur à l'Université Lumière Lyon II, docteur en anthropologie, Laboratoire de recherche : CRÉA (Centre de Recherche et d'Étude en Anthropologie).

- Responsable de projet : **Carine DELANOE**, chef de projet La Ferme du Vinatier au CH Le Vinatier.

Un grand merci à tous ceux qui ont,
par leur parole, leurs encouragements,
mais aussi leur patience et leur gentillesse
rendu ce travail possible.

SOMMAIRE

Introduction.....
.1

Les cercles de l'utopie

Rompre les scellés de
l'incommunicable.....6
Le paradigme
asilaire.....9
Asile, îles, Cité du Soleil, Nouvelle
Atlantide.....11
Le *Dehors*...
.....14

L'hôpital et son histoire par ceux qui l'habitent et l'ont habité

Autarcie, autosubsistance,
oubli.....17
L'ordre
infirmier.....27
Mixité, antipsychiatrie et
traitements.....32

L'héritage de l'espace

L'hôpital comme cadre de
vie.....40
L'entaille.....4

4

6	Visibilité	4
51	Surgissement	

La ville-Vinatier face à l'irruption du dehors

55	Ouverture	
	L'Âge	
	d'or	59
	Fermetures et	
	seuils	66
	L'ouverture et ses	
	limites	75
	Territorialité	et
	contrôle	80

La frontière indiscernable

3	Rencontres	8
	Les deux	
	folies	90
	Menaces et	
	contaminations	96
	Reconnaissance, communication et	
	rapprochement	100
	L'étrangeté ...	
	102

En guise de conclusion ou le fantôme de
Trinité.....103

Bibliographie

INTRODUCTION

Lorsque pour la première fois nous franchissons les portes du Centre Hospitalier Le Vinatier nous sommes immédiatement saisis par cette impression d'horizontalité à perte de vue qui s'en dégage. Ici ce ne sont pas d'imposants bâtiments, tels que ceux des centres hospitaliers d'Édouard Herriot ou des Hôpitaux Lyon-Sud, qui se posent au devant du regard mais bien plutôt un espace ouvert où l'on devine une pluralité de services éclatés, clairsemés, à fleur d'horizon, semblant comme dissociés les uns des autres. Éclatement des espaces et des surfaces donc, mais aussi pluralité des personnels qui animent ces lieux, les vivent au quotidien. Dès les premiers jours, l'hôpital nous est présenté comme "un petit village", sentiment qui se trouve renforcé par l'histoire même du Vinatier puisque celui-ci, auparavant, était organisé et géré sur le mode de l'autosubsistance. De ce fait, les personnels hospitaliers héritent un peu de cette multiplicité qui paraît inhérente au site et qui en constitue la singularité : personnel médical, soignant, socio-éducatif, administratif, ou encore technique. Mais cet hôpital ne peut pas être non plus réduit aux services qui se trouvent en ses murs puisque aujourd'hui il est aussi composé d'une multiplicité de centres, *extra muros*, répartis à Lyon et sa périphérie (Centres Médicaux Psychologiques, Centres d'Aide par le Travail, Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel...). Ces centres s'inscrivent ainsi directement dans le prolongement du programme de sectorisation où, comme en *intra muros*, le patient est intrinsèquement lié à son lieu d'habitation. Il est à noter que d'autres formules existent aussi dans ce complexe réseau hospitalier mettant moins l'accent sur l'appartenance géographique de la personne mais bien plutôt sur le statut spécifique de sa pathologie, comme dans le cas par exemple de la gérontopsychiatrie ou de la pédopsychiatrie.

Notre étude, elle, s'est portée plus particulièrement sur les personnels hospitaliers *intra muros*, cette décision étant motivée par le fait que nous avons un temps limité et qu'il nous fallait en conséquence circonscrire l'objet de notre recherche. Nous avons ainsi rencontré 33 personnes que nous avons partagées en deux catégories distinctes nous semblant pertinentes du fait de la coïncidence des contenus de leurs discours et des rapports directs ou indirects, plus ou moins proches, qu'ils entretiennent avec le patient et la pathologie mentale. Il y a, en effet, les acteurs qui, quotidiennement, sont confrontés aux malades puisque leur rôle est de les accompagner dans un processus de soins, les *soignants* (infirmiers, médecins, éducateurs spécialisés...) ; et ceux qui ne le sont pas du fait de leur activité mais du fait qu'ils exercent leur métier au sein d'un hôpital psychiatrique, les *non-soignants* (agents techniques, administratifs...). Sur cet échantillon composé de 33 personnes, 18 ressortent de la catégorie des *soignants* et 15 de celle des *non-soignants*.

Nous avons attribué à chacune de ces personnes un prénom fictif respectant son sexe, celui-ci lui sera assigné tout au long de ce bilan. Leur moyenne d'âge s'étend entre une trentaine et une soixantaine d'années . En voici la liste :

Personnels soignants :

- André
- Anne
- Bertrand
- Christelle
- Éliane
- Édouard
- Fabienne
- François
- Hervé
- Laurence
- Louis
- Michelle
- Muriel
- Nadine
- Stéphane
- Sylvain
- Thierry
- Valérie

Personnels non-soignants:

- Bernard
- Cyril
- Daniel
- Henri
- Jacques
- Jean
- Jeanne
- Julien
- Luc
- Marc
- Olivier
- Philippe
- Pierre
- Simon
- Solange

A ces entretiens de personnels en activité ont été ajoutés onze récits, qui n'ont pas été recueillis par nous-mêmes, de personnels soignants et non-soignants aujourd'hui retraités et ayant exercé durant les années 30 jusque dans les années 80. En voici la liste :

Personnels soignants :

- Adrien
- Amandine
- Antoine
- Benoît
- Emile
- Lucien
- Robert

Personnels non-soignants :

- Eugène
- Gilbert
- Josiane
- Léon

L'approche de cette recherche a été double, ethnologique d'une part, sociologique et compréhensive de l'autre, ces deux disciplines n'étant pas comprises comme radicalement différentes et opposées mais, au contraire, se répondant, s'enrichissant l'une et l'autre. Elles permettent de porter un regard concomitant sur une même réalité et cela par l'emploi de diverses techniques complémentaires de recueil et d'analyse des données. Ainsi, il nous a tout d'abord paru nécessaire de nous imprégner de cette spatialité si particulière à l'hôpital psychiatrique, de nous fondre dans ces différents espaces,

répondant par là au souci socio-ethnologique d'immersion du sujet dans son terrain d'étude, immersion rendant possible une progressive découverte de ce qui trame et tisse le lieu, de ce qui fait de lui un espace en mouvement, un espace vivant et habité. Nous avons donc circulé, nous nous sommes déplacés le long des divers chemins et routes qui relient les services. Nous sommes aussi sortis de ces espaces balisés afin de pénétrer dans d'autres espaces plus flous, à la marge, espaces souvent vides, ouverts, propices à une prise de distance d'avec le monde hospitalier (prairies éloignées des services, lieux en bordure du mur d'enceinte...). Mais il s'agissait pour nous d'une errance maîtrisée puisque devenant aussi objet de connaissance et non pas unique déambulation sans but. Lors de ces différentes visites nous avons pu croiser les individus qui habitent et peuplent l'hôpital en permanence ou de manière ponctuelle, qu'ils soient patients, mais aussi personnels ou encore visiteurs. Nous nous sommes progressivement familiarisés avec cette logique de l'étendue, du morcellement, mais aussi de l'interstice, de l'intermédiaire, de la périphérie, de ces entre-lieux où l'on devine des chemins de traverse que les gens préfèrent aux routes principales goudronnées, bien délimitées et sans cesse parcourues par les véhicules arpentant l'hôpital (livraisons externes, ambulances, voitures de visiteurs...). Lieux non pas de l'oubli ou du retrait, mais bien plutôt du passage furtif et de la transversalité, contribuant par là à nuancer cette impression de séparation et de désolation si frappante au prime abord.

Dans le même temps, nous avons réalisé une série d'entretiens auprès de différents acteurs de l'institution. Nous nous sommes servis au préalable d'une liste de personnes susceptibles d'être intéressées pour nous rencontrer et accepter de répondre à nos questions. Puis, nous avons demandé à chacune d'entre elles de nous renvoyer, dans la mesure du possible, vers d'autres agents dont le témoignage leur semblait pertinent pour notre travail. Nous avons choisi de mener ces entretiens sur le mode semi-directif, c'est-à-dire en recourant à une grille ouverte de questions, ayant pour but d'orienter le discours, tout en respectant la fluidité, le rythme propre, l'entrevue devenant ainsi plus un moment d'échange plutôt qu'un simple processus passif de réception d'informations. Pour faciliter cette dynamique d'échange et permettre à l'acteur de s'y impliquer personnellement, l'entretien s'est organisé selon une logique du particulier au général, partant alors de son cheminement personnel, s'interrogeant sur la manière dont il est arrivé à travailler au Vinatier, ses premières impressions, ses souvenirs... pour s'élargir à un questionnement beaucoup plus vaste portant sur la manière dont il se pense aujourd'hui dans les transformations que connaît l'institution. Afin de libérer le plus possible le flux du discours, nous nous sommes engagés auprès de chacun à ce que le contenu de ce qu'il était amené à nous dire resterait anonyme. De plus nous avons eu recours, lors de ces entretiens, au magnétophone qui, s'il peut parfois dans un premier temps troubler l'interlocuteur, nous évite de prendre des notes et renforce, par conséquent, la fluidité de la parole, révélant ses hésitations, ponctuations, son organisation prospective et rétrospective. Nous avons réalisé chacun de ces entretiens ensemble. Le plus souvent la personne interrogée était seule mais parfois une personne annexe a pu s'associer aux échanges, mêlant ainsi sa voix aux nôtres. Ainsi, dans ce

prolongement, comme l'a écrit Mikhaïl Bakhtine, "On peut dire que toute communication verbale, toute interaction verbale se déroulent sous la forme d'un *échange d'énoncés*, c'est-à-dire sous la forme d'un *dialogue*." (in Tzvetan Todorov, 1981 : p.71)

La problématique qui sous-tend le déroulement des entretiens pose à chaque personne la question de sa perception de la psychiatrie et de l'hôpital du Vinatier à travers son parcours personnel. Cette description personnalisée et *narrative* d'un fragment de l'expérience vécue, en tant que *récit de vie*, expose les pratiques mises en œuvre dans un contexte social défini. De là nous pouvons dégager un niveau sémantique où s'expriment et se signifient les logiques d'action des acteurs, leurs représentations, valeurs et projets tout en tenant compte des situations matérielles et sociales dans lesquelles elles s'inscrivent. Dès lors, ces notions de *logiques d'action* se substitueront à celles de *système d'action* telles qu'elles sont employées dans les termes d'une sociologie des organisations puisqu'ici il s'agit de comprendre l'acteur dans une situation et un contexte social aux travers desquels, par lesquels, avec lesquels il constitue son expérience, se constitue en tant que sujet agissant mais au travers de ce qu'il nous en *dit*. Le discours doit être alors compris dans une logique de l'action en ce sens qu'en tant que récit, il se réalise, il prend forme dans un contexte d'énonciation et développe une durée et une temporalité qui lui sont propres. Quand un infirmier par exemple nous parle de ses premières années de pratiques, il le fait avec le regard qu'il porte aujourd'hui sur cette période de sa vie, dans un contexte relatif à sa situation présente. Son discours fait ainsi émerger *du passé* mais au travers d'un processus de remémoration qui s'accomplit par et dans le flux de l'énonciation présente. Entrer dans ce processus de retour sur son propre cheminement, c'est accepter une forme narrative qui n'est jamais entièrement lisse et totalement organisée mais qui, bien au contraire, est sujette à des distorsions, à des torsions, à des disparitions, à des confusions dans les événements, des sélectivités et des déplacements, voire des dissimulations volontaires. Ce qui fait sens pour un individu, c'est non pas ce qui existerait réellement mais plutôt ce qu'il dit être réel. Ainsi comme l'écrit Daniel Bertaux : "la perception qu'un acteur élabore d'une situation donnée constitue pour lui *la* réalité de cette situation ; et c'est en fonction de cette perception, et non de la réalité objective telle que cherche à la connaître le sociologue, que l'acteur sera amené à agir." (1997 : p. 22-23). En ce sens, le principe de réalité n'existe pas en tant que tel, il est une construction relative et son importance réside dans les conséquences qu'il induit du fait qu'il est vécu, pour celui qui l'énonce, comme une réalité, une certitude guidant ses pratiques.

Mais chacun de ces entretiens doit être mis en regard avec les autres. Dans le cheminement d'une logique de l'approche comparée, il n'est pas isolé mais au contraire s'inscrit dans des séries de cas construites, qui permettent leur analyse et leur interprétation à la lumière de leurs comparaisons, comparaisons pouvant faire émerger au travers des discours, des similitudes et des différences, des récurrences, des jonctions et des disjonctions, des points de convergence ou de divergence... Cette intrication de points de vue, de regards nous donnent à voir comment fonctionne ce monde social qu'est

l'hôpital, dans ses rapports de pouvoir, ses tensions, ses processus de transformations, dans ses modes de significations et d'interprétations des dimensions qu'il prend en compte (comme la définition de son rôle dans la société, sa relation au "monde extérieur", à la cité, à la ville, mais aussi sa compréhension de la maladie mentale, du patient et des modes de soins...). Il s'agira ensuite, pour nous, partant de l'ensemble des descriptions de ces logiques sociales et des discours que les sujets élaborent quant à leur activité au sein d'un hôpital psychiatrique, en l'occurrence celui du Vinatier, de proposer un ensemble d'interprétations de ces phénomènes observés.

Mais dans un premier temps, nous allons montrer en quoi le terme même d'*utopie* ne peut pas aller de soi et doit être interrogé afin de rendre possible sa conceptualisation. En effet, que dit-on lorsque l'on parle d'une utopie de l'hôpital ? Parlons-nous d'une attitude de pensée hors de toute réalité, frôlant par là dangereusement les limites du rêve et de la folie ? Parlons-nous plutôt d'un ensemble diffus de représentations, d'idées, de projections quant à une réalité donnée ? Dès lors que différencie l'utopie d'une idéologie ? De même, nous verrons en quoi le continuum que constitue la psychiatrie, son histoire ainsi que les interrogations et les tensions qui lui sont inhérentes bouscule un mode de raisonnement de type chronologique et évolutionniste, postulant un point de départ *utopique* et un autre d'arrivée, *systémique* et *actif*... En d'autres termes, une question peut se poser : à l'énoncé "De l'utopie au système d'action" ne peut-on pas substituer celui d'"Utopie et logiques d'actions" ?

"La raison est ce qui effraie le plus chez un fou."

Anatole France

LES CERCLES DE L'UTOPIE

Rompre les scellés de l'incommunicable

Et si, deux siècles après sa constitution, la psychiatrie n'avait été qu'affaire de dehors ? Non pas un *au-dehors* du social que l'on opposerait à un *en-dedans* de l'hôpital mais un dehors tout entier qui n'aurait cessé de traverser et d'interroger ce continuum empli de tensions, cette suite d'interrogations et de tâtonnements qui en ont constitué l'histoire, et dont le Centre Hospitalier Le Vinatier, tour à tour *asile*, puis *hôpital*, en est le singulier exemple. Et cela malgré toutes les apparences, malgré tout le visible et le tangible de cette enceinte qui pour l'opinion reste encore la concrétisation d'une séparation radicale, de ce qui dissimule que trop mal ce qui se passe là-dedans, à l'intérieur... Lieu du secret, de l'oubli, de l'enfermement où "va sévir les scellés de la conscience" comme l'a écrit Michel Foucault (1972 : p. 504), lieu-forteresse fantasmé, qui par delà ses murs cacherait le trouble, la confusion, le désordre et la peur ("Ils sont tous plus fous les uns que les autres là-dedans, surtout les infirmiers et les médecins !..."), mais aussi lieu de la nécessité sécuritaire, de la contrainte et de la contentions des dangers, de ce qui potentiellement menace, peut bousculer l'ordre social (Bron et son "hôpital des fous")... Encore et toujours, c'est la crainte et le mystère qui planent autour de l'institution psychiatrique.

Et pourtant, il y a plus de deux siècles, c'est à la suite d'une affirmation proprement révolutionnaire que s'est constituée lentement et laborieusement la prise en charge médicale de la folie : *la folie est curable*. C'est ainsi que Philippe Pinel, au lendemain des bouleversements de 1789, va rompre avec la manière dont traditionnellement était conçue la maladie mentale. Le fou n'est plus cet autre radical sur lequel aucune prise n'est possible. Il y a toujours une trace de conscience, un *quelque chose* de l'ordre de la raison avec lequel il est possible de dialoguer. Nous assistons en cette fin de XVIII^{ème} siècle au véritable surgissement d'un radical événement de pensée, sous le jour de la notion de curabilité et qui transformera définitivement le cadre thérapeutique ainsi que la représentation de la folie : c'en est fini de "l'irréremédiable soustraction de l'aliéné à la prise des autres", comme l'ont dit Gladys Swain et Marcel Gauchet (1980 : p. 46). L'aliéné n'est pas coupé, hors du sens, arraché à cette dynamique du sens qui intervient dans l'intersubjectivité, il est au contraire tout entier happé par ce sens, incapable de s'en distancier, de le maîtriser. Et c'est par cette participation, certes troublée, à la signification qu'il est possible, encore et toujours possible, de tirer l'aliéné hors de son délire, hors de cette interprétation d'une folie complète qui ne laisserait plus aucune part à la subjectivité de l'aliéné, à la conscience intime de sa propre folie. Ainsi, pour Marcel Gauchet : "Le fou est fou, mais il est en même temps mon pareil, c'est-à-dire qu'il me lance la question : qu'est-ce que cette folie que je ne partage pas me montre de ce que je suis ? Non pas : je

suis *comme* le fou (ou le fou est normal comme moi) ; mais en quoi puis-je être fou ? En quoi suis-je fou, profondément, au-delà de ce qui m'en garde ? " (1980 : p. XXXIV-XXXV, nous soulignons). De fait, par Pinel, une rupture s'est faite dans la manière même de poser l'existence et par là l'altérité du fou. En accédant au statut de *même*, la distance qui le séparait du monde, qui le situait quelque part entre cet au-dehors du social et cet endedans du délire, se voit singulièrement s'atténuer, s'effacer. Il y aurait un lieu, un lieu-commun, même dans les tréfonds de l'incommunicable (exception faite peut-être pour le cas-limite de l'"imbécile", du congénitalement "idiot" ...) où résiderait la possibilité d'un dialogue, d'une prise de la raison sur ce qui paraissait comme définitivement perdu.

Ainsi, le préjugé de la radicale altérité des siècles précédents vis-à-vis de la relation à la folie ne va plus de soi, n'apparaît plus comme unique évidence. Certes, au moyen-âge, le fou pouvait être célébré, devenir le symbole pictural et littéraire de l'ironie et de la fragilité du monde. Foucault l'avait bien montré : "D'un côté Bosch, Brueghel, Thierry Bouts, Dürer, et tout le silence des images. C'est dans l'espace de la pure vision que la folie déploie ses pouvoirs. Fantômes et menaces, pures apparences du rêve et destin secret du monde - la folie détient là une force primitive de révélation : révélation que l'onirique est réel, que la mince surface de l'illusion s'ouvre sur une profondeur irrécusable, et que le scintillement instantané de l'image laisse le monde en proie à des figures inquiétantes qui s'éternisent dans ses nuits" (1972 : p. 38) ; de même à propos de Brandt et Érasme : "c'est la même inquiétude qui se communique, la même vivacité critique, la même consolation dans *l'accueil souriant de la folie*" (1972 : p. 187, nous soulignons). Sourire mais tout baigné de tension, de violence contenue... un rire qui peut aussi grimacer, se muer en persécution. Car si le fou peut être fêté dans les rues de l'époque médiévale, il peut aussi devenir l'objet d'explosion de haine incontrôlable et incontrôlée. Ce terrible extrait du roman Amadas et Ydoine d'un anonyme du XIIIème siècle en témoigne :

"Tout autour de lui s'enfle le vacarme des vauriens qui s'amusent de lui, le poursuivent, le harcèlent, le tiraillent et l'insultent. Les rues sont pleines de gens de tous âges et de tous états. Autour de lui la bousculade est à son comble : quand les plus éloignés ne se font pas faute de lui jeter de la boue, des morceaux de bois, des vieilles chaussures et des chiffons sales ; ceux qui sont les plus proches de lui lui assènent sur les flancs, sur les côtes, dans les reins, sur les épaules et sur le dos, des coups si violents qu'ils font ruisseler son sang clair sur son corps et de là jusque sur le sol ; avec les longues verges dont ils le frappent, ils lui ensanglantent le dos." (in Jacques Postel et Claude Quétel, 1994 : p. 69)

Et la société du XVIème et du XVIIème siècle n'a été que le prolongement de cette ambivalente attitude quant à la folie. Certes, le fou errait en liberté (jusqu'à la moitié du XVIIème siècle en tout cas, car l'époque du célèbre *Grand Renfermement* de tous les mendiants valides n'était plus très loin.), mais à l'intérieur d'une trame sociale qui fondait son ordre sur le retranchement et l'extériorité de l'anormal. Le fou y était globalement toléré, mais tout en étant conçu comme radicalement *autre*, ne pouvant ainsi entrer dans

une relation de réciprocité. Dans une société entièrement organisée sur les schémas des appartenances et des niveaux de hiérarchie, l'insensé n'avait que la solution de se reclure dans son propre isolement, tour à tour objet de curiosité ou d'amusement.

De ce fait, l'on saisit mieux la portée du geste pinélien qui, certes, s'effectuera au sein d'un contexte politique totalement différent. Bien plus que son *dé-chainement* mythique et par ailleurs historiquement discutable des internés de Bicêtre, c'est surtout cette transformation de la pensée de la folie mais aussi ce changement du statut du fou qu'il va instiguer dans les années qui suivront la venue de la modernité démocratique. Comme l'a précisé Henri Bonnet : "Le malade mental n'est plus un *in-sensé*, il devient un "*aliéné*", c'est-à-dire certes quelqu'un d'étranger, de différent, d'autre, mais quelqu'un dont le sens des paroles doit être interprété, dont l'esprit existe toujours et avec lequel un dialogue peut s'établir." (1988 : p. 124, nous soulignons) Il y a, dès lors, quelque chose de l'ordre d'un glissement sémantique corrélatif à une transformation de la pratique médicale elle-même. Selon Jacques Postel citant M. Thuilleaux : "Plutôt que de voir en Pinel une figure mythique permettant d'accréditer la justification d'un partage entre folie et raison, ne doit-on pas tout au contraire, lui savoir gré d'avoir démythifié la folie pour en faire un objet d'étude scientifique, précisément parce que la folie n'est pas perte de raison, mais parce qu'elle est une autre manière d'être homme *sans être l'Autre*." (1994 : p. 153, nous soulignons) Ainsi, en prenant le statut de malade, le fou quitte peu à peu son univers de réclusion, d'isolement subjectif. En entrant dans une sphère médicale repensée, il voit sa propre relation au monde et à l'autre se redessiner, les frontières de son incommunicabilité un peu plus s'estomper. Et cela n'a été rendu possible que par l'instauration de cette nouvelle prise en charge de la déraison qu'a été le *traitement moral*. La définition de Jan Goldstein de cette notion montre bien en quoi le recours à ce nouveau mode opératoire sur la folie a pu entraîner comme conséquences pratique et théorique pour la médecine aliéniste naissante : "le traitement moral signifiait l'usage, dans les soins prodigués aux insensés, de méthodes qui engageaient directement l'intellect et les émotions, ou agissaient sur eux, au contraire des méthodes traditionnelles des saignées et des purges appliquées directement au corps des patients." (1997 : p. 100-101) Dès lors, par les voies (mais n'est-il pas aussi ici question de *voix* ?) de la douceur, il devient possible de *parler* aux patients, de compatir, de redonner un semblant d'espoir, de communiquer... Plutôt que d'aller *contre* la folie, ce nouveau mode opératoire se voulant une réunification de l'âme et du corps tend plutôt à cheminer *avec* elle, *fendre* l'altérité comme Gilles Deleuze et Michel Foucault l'ont dit à propos des mots de Maurice Blanchot, rompre l'incommunicable par l'exercice même de la parole, "parler à celui-là *qui est présentement fou* et de part en part impliqué dans sa folie" comme l'a écrit Gladys Swain (1994 : p. 101). Et c'est ici, dans cette tension indépassable - dire l'indicible afin qu'un jour par le fait d'être dit, il soit par là dépassé et maîtrisé - que réside toute la teneur *utopique* du projet pinélien et psychiatrique en général... refuser à tout prix le poids de l'évidence d'une altérité qui ne doit plus ni ne peut plus être tenue pour ultime frontière entre deux mondes, celui de la déraison et celui de la raison. Mais ce terme d'utopie ne doit pas être entendu, dans son sens courant, c'est-à-dire comme la simple dérive d'une imagination qui aurait perdu toutes attaches avec la réalité qui l'entoure. L'utopie *pathologique*, selon

une expression de Paul Ricœur, c'est ainsi ce mouvement de fuite permanent, ou l'imaginaire se perd au milieu de ses propres chimères, de ses visions hallucinées, et qui le conduisent aux confins de sa folie.

Pour George H. Taylor, le principe utopique en tant que processus de symbolisation, de médiation au réel, peut être interprété, de la même manière que l'idéologie, comme ce qui rattache une communauté, un groupe social donné au monde qui l'entoure et qui lui permet alors d'agir sur ce même monde et de transformer sa situation. Cependant, idéologie et utopie ne fonctionnent pas sur un mode similaire : "Si la fonction la plus positive de l'idéologie est *l'intégration, le maintien de l'identité* d'une personne ou d'un groupe, la fonction la plus positive de l'utopie est *l'exploration du possible*." (in Paul Ricœur, 1997 : p. 9, nous soulignons). Deux facettes d'une même dynamique peuvent être dégagées : l'idéologie comme *constitution* et conservation du lien social, l'utopie comme *projection* et interrogation critique de ce lien. Taylor poursuit : "l'utopie nous met à distance de la réalité présente, elle nous donne l'aptitude à *éviter de percevoir ladite réalité comme naturelle, nécessaire ou inéluctable*." (*idem*, p. 11, nous soulignons). Toutes deux participent de ce que Paul Ricœur nomme l'"*imagination sociale et culturelle*" (1997 : p. 17) et nous mettent face au fait que quelle que soit la forme d'action qu'effectue un individu, celle-ci du fait même qu'elle ressort du social est toujours symboliquement médiée. On voit, par conséquent, en quoi l'apport du traitement moral recèle d'utopie, au sens où nous venons de la définir. En tant qu'exploration d'un possible, d'une mise à distance critique par rapport à ce qu'il était convenu de faire, de pratiquer, par rapport à un existant, une situation de fait, il a entraîné une remise en question totale de l'idéologie médicale de cette fin de XVIII^{ème} siècle, et cela par la venue de la notion même de curabilité de la folie.

Le paradigme asilaire

Désormais le concept d'*asile* et sa matérialisation spatiale n'est plus très loin... Il va permettre d'offrir à Pinel et surtout à ses héritiers la possibilité de concrétiser à une plus grande échelle les implications pour le malade du traitement moral. Il rend envisageable la réalisation *de facto* de cette utopie nouvelle qui cette fois ne concernera plus seulement le fou dans sa singularité mais la folie dans sa dimension collective à l'intérieur d'un espace délimité. Nous pouvons ici faire intervenir le terme de *paradigme* tel que Jan Goldstein l'entend à la suite de Thomas S. Khun, à savoir une théorie et une technique qui "offre une solution à un problème scientifique particulier ; en tant que contexte social-normatif, il offre une base à l'activité et à la loyauté communes de la communauté professionnelle qui s'organise autour de lui." (1997 : p. 100-101). Or : "Le paradigme du traitement moral ne s'exprimait pas tant par des «règles partagées» que par «un arsenal de cas exemplaires», d'«exemples unanimement reconnus de pratique réussie»." (1997 : p. 120). De fait, la création d'institutions à partir de 1838 tout entières vouées à la prise en charge unique de la folie rendait possible la multiplication de ces études de cas et la validation sinon du traitement moral à proprement parlé du moins des conséquences qu'il

a entraîné à sa suite quant à la représentation de la maladie mentale et de sa guérison. Cette création offrait la possibilité d'une généralisation de la pratique et des implications utopiques qui la nourrissait ; une utopie effective d'une réinvention sociale, de l'élaboration consciente et voulue d'un microcosme à l'image de ce que les aliénistes pensaient être la société ordinaire. Comme l'ont écrit Marcel Gauchet et Gladys Swain, il s'agissait d' "Instaurer une société qui, par son ordre seul et ses principes de fonctionnement, ait pouvoir d'empêcher les hommes d'être fous" (1980 : p. 140). Après avoir acquis le statut de malade, le fou peut désormais accéder à celui de sujet de droit. Ainsi, dès sa constitution, l'asile se voit traverser de part en part par cet unique dessein, directement héritier de l'humanisme post-révolutionnaire et de l'empirisme de Locke : créer une instance sociale à l'intérieur de laquelle il est possible d'instaurer une transformation de l'homme par l'homme, créer une micro société de l'en-dedans qui se veut l'exacte réplique, le décalque artificiel de l'autre société, celle de l'au-dehors. Mais pour cela, il a fallu tout d'abord isoler, séparer. Séparation du milieu familial pour commencer considéré par la majorité des aliénistes comme un environnement pathogène (Pinel qui dès les prémisses du traitement moral insiste sur le fait de "soustraire l'aliéné à ses habitudes, à l'éloigner des lieux qu'il habite, à le séparer de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs ; à l'entourer d'étranger ; à changer toute sa manière de vivre." (in Jan Goldstein, 1997 : p. 369)) ; séparation d'avec la cité ensuite, pour des raisons tout autant économiques (le prix du terrain était moins cher à la marge des villes), pratique (la construction d'un établissement au sein d'un environnement agreste facilitait l'autosubsistance), que contextuel (pour le cas du Vinatier, Bron, lors de son ouverture, était encore une petite commune rurale.). Fourmillement d'un monde reproductible à volonté et qui se doit de s'inscrire dans un mouvement interne perpétuel. Ainsi il s'agit d'occuper l'aliéné afin de le tirer de sa forteresse subjective, de l'obliger à vivre comme s'il était *encore* avec l'autre, de guérir sa folie par une resocialisation séparatrice, de le sortir enfin de l'isolement psychique par une institution de l'autarcie communautariste où ne subsisterait plus que les liens sociaux fondamentaux au sein des ateliers, des réfectoires, des dortoirs... Ainsi pour Esquirol : "Une maison, ou un hospice consacré aux aliénés, doit avoir un règlement auquel tout le monde soit soumis, qui serve de réponse à toutes les objections, qui aide à surmonter toutes les répugnances, en même temps qu'il fournit à l'obéissance des motifs qui répugnent moins que la volonté ou le caprice d'un chef. Il y a dans une maison semblable *un mouvement, une activité, un tourbillon* dans lequel entre peu à peu chaque commensal ; le lypémaniaque le plus entêté, le plus défiant, se trouve à son insu forcé de vivre *hors de lui, emporté par le mouvement général*, par l'exemple, par les impressions, souvent bizarres, qui frappent perpétuellement ses sens ; le maniaque lui-même, retenu par l'harmonie, l'ordre et la règle de la maison, se défend mieux contre ses impulsions et s'abandonne moins à ses actions excentriques." (in Marcel Gauchet et Gladys Swain, 1980 : p. 144, nous soulignons). Mouvement donc pour contrer cette "horreur du vide" selon l'expression de Claude Quézel (1994 : p. 327) mais on le voit bien aussi, autorité éclatante de visibilité du médecin qui se doit de prendre en charge et de diriger cette communauté, de "gouverner", pour reprendre le terme de Pinel, ce petit peuple. Esquirol encore : "Le médecin doit être en quelque sorte le principe de vie d'un

hôpital d'aliénés. C'est pour lui que tout doit être mis en mouvement ; il dirige toutes les activités appelé qu'il est à être le régulateur de toutes les pensées... Il doit être investi d'une autorité à laquelle personne ne puisse se soustraire." (in Henri Bonnet, 1988 : p. 125). Et ce n'est qu'à l'intérieur d'un lieu totalement organisé en harmonie avec ces principes, un lieu dont la matérialité même affirmerait en permanence les axiomes fondamentaux de collectivité, d'ordre, d'organisation, d'autorité que va se consolider la spatialité de l'asile. Nous voici de nouveau confrontés à cette notion d'utopie qui n'a cessé de traverser la mise en forme et la généralisation de la pratique psychiatrique, mais une utopie qui ressortirait non seulement de cette fonction d'*imagination sociale* telle que l'avons définie précédemment mais aussi telle qu'elle a pu s'exprimer de façon primordiale en tant que *genre littéraire*.

Asile, îles, Cité du soleil, Nouvelle Atlantide...

Ana Maria Triano a bien montré selon quelles constantes formelles s'organisait le genre utopique tel qu'il a pu se constituer chez des auteurs aussi divers que More, Bacon ou Campanella. Que ce soit pour l'île d'Utopie proprement dite, la Nouvelle Atlantide ou la Cité du Soleil, ce sont les mêmes grands traits communs que l'on retrouve tels des *leitmotifs* dans les grandes œuvres utopistes. Dans un premier temps, l'utopie en tant que lieu, c'est principalement l'immersion dans la nature, l'omniprésence autour ainsi qu'à l'intérieur de la cité d'une nature symbole d'ordre et d'harmonie. L'homme ne pourra trouver le bonheur et la paix que s'il reconstitue à son échelle le tout parfaitement ordonné de la nature. La Cité se doit ainsi de copier cet ordre du monde, en reproduisant cette organisation idéale régnant tout autour de lui. Dans un second temps (si l'on peut dire), l'utopie devient aussi négation du temps, de ce temps humain de la fuite qui ne peut s'accommoder de celui, immobile, du monde. Il s'agit alors de se situer hors du temps, hors de la nécessité du devenir historique, de rompre avec le flux linéaire de ce même devenir. L'utopie tente d'instituer un temps de l'a-chronie ou plutôt de l'*u-chronie*, en l'occurrence non pas uniquement un non-temps, mais un temps du nulle-part, un temps réinventé, un temps hors-du-temps qui saurait impulser sa propre dynamique, faite tout autant d'attente que de transformation, d'immobilité sans cesse repoussée... Enfin, la Cité de l'utopie, c'est une structure à la fois architecturale et sociale. Architecturale, car c'est en ses murs, par ses murs que doivent apparaître de façon visible, comme pour imprégner les esprits mêmes de ses habitants, ces principes d'ordonnement et d'harmonie immuable. Ainsi, comme pour More, les villes d'Utopie s'organisent selon le même principe, le même modèle : des rues droites, coupées à angle droit, à l'aspect identique avec en leur centre, la concentration des manifestations de la vie sociale. C'est donc à l'intérieur du cercle magique des enceintes qui la protègent des atteintes et des souillures du monde extérieur que se planifie la vie communautaire et centralisée autour d'une figure tutélaire en laquelle réside toute source d'autorité..., et à chaque fois le même isolement autarcique comme ultime frontière entre les espaces qui rend difficile toute entrée et sortie de ces villes idéales.

On ne peut être que frappé par la manière dont l'espace particulier du Vinatier peut s'inscrire dans le prolongement de cette interprétation. En effet, il fait partie de ces établissements qui ont ouvert assez tardivement, à partir des années 1870, et sur la base d'un modèle architectural relativement stable et uniforme, modèle très largement répandu dans la construction des grandes institutions de la fin du XIX^{ème} siècle (asiles, hôpitaux mais aussi casernes, écoles...). Espace de symétrie, de répartition proportionnée où tout semble étudié pour prendre en charge de façon collective et totale une population hétérogène d'individus de par leurs situations (indigents, payants, travailleurs...), leurs origines, leurs pathologies... Mais cette volonté n'était pas séparable des héritages du traitement moral et de la manière dont Esquirol - et on se souvient de la façon dont celui-ci condamna lors de ses visites à Lyon la situation insalubre des pensionnaires de l'Antiquaille et de son plaidoyer pour la construction d'un lieu conforme aux conditions d'accueil des aliénés - concevait l'espace de soin : symétrie nécessaire des quartiers afin de recréer une symétrie du corps et par là une harmonie de l'âme ; mais aussi espace de la nature, de la pratique agreste, de la rythmicité saisonnière et qui vise à cette même quête de l'immuable et de l'intangible, du doux et lent écoulement de ce temps impalpable. Ainsi, tout le territoire du Vinatier se voit configuré dans ce prolongement : espace organisé autour de la centralité de la chapelle, de la séparation nette en miroir des sexes (hommes au sud, femmes au nord), de la répartition par pathologie des différents quartiers (tranquilles, semi-tranquilles, faibles et vieillards, convalescents, épileptiques, malpropres, agités...), des multiples services nécessaires au fonctionnement interne de l'établissement (économat, cuisine, pharmacie, lingerie...) mais aussi espace entièrement baigné par l'omniprésence de la nature maîtrisée sous toutes ses formes (parc, élevage, culture...) et enfin espace encerclé par l'horizon des plaines du Dauphiné qui s'étendent par delà les murs et les sauts de loup permettant ainsi, le jour, l'échappée du regard. Dès lors, l'environnement particulier du Vinatier tel qu'il se donnait à voir en cette fin du XIX^{ème} siècle condense toute la teneur utopique de l'aliénisme triomphant. À la fois lieu de socialisation où l'on retranche le malade afin de mieux l'ouvrir à l'autre par la vie en collectivité, espace de soin tout entier livré aux redéfinitions nosographiques d'une discipline qui ne cesse de se constituer et enfin milieu de récréation de l'homme par l'homme au sein d'un environnement de part en part maîtrisé. Maîtrisé, mais jusqu'à quel point ? La scène qui suit a été rapportée par Louis Revol. Elle semble avoir eu lieu au cours des années 1930 et déjà on saisit l'ampleur de la sourde souffrance qui depuis déjà de nombreuses années minait en silence l'entreprise asilaire :

"l'infirmier demeurait un gardien, avec un trousseau de clefs énormes. Les malades étaient séquestrés. Seuls les travailleurs circulaient de leur division à leur lieu de travail, les malades employés à la culture étaient les plus libres, de même l'équipe chargée de la tournée des "équevilles" (qui se souvient encore du pittoresque de leurs gestes stéréotypés et de leur équipement ?). Une seule attraction, le 14 juillet, où les malades pouvaient, sur

l'avenue, devant la chapelle, venir voir tirer le feu d'artifice. C'était le jour de joie et de sympathie entre malades et personnel infirmier ou fonctionnaires. Joie exprimée par des rires et des exclamations naïves. Mais les lumières éteintes, les malades rentraient dans leur division et la porte était verrouillée. On ne les rencontrait jamais dans les avenues ou dans les jardins. Personne n'aurait songé à leur permettre l'accès des parcs." (*in* Lyon médical, 1976 : p. 427)

Et pourtant tout est là : le 14 juillet comme ultime symbole de la victoire démocratique, la communauté, toute la communauté réunit ensemble - et comble d'ironie devant la chapelle ! - pour la célébration de ce qui a présidé à la constitution du lieu dans lequel elle a pris place... Et pourtant quelque chose ne va plus et semble ne plus aller depuis déjà si longtemps. L'entreprise de resocialisation semble s'être perdue en route, et on a plutôt le sentiment d'être confronté à un univers de la contention pure et simple, désabusé, aux illusions usées, marqué par une routinisation de ce qui compose l'ordinarité du quotidien. Le temps de la rythmicité s'est transmué en temps de la chronicité..., l'espace de la réintégration en celui de la ségrégation... L'utopie asilaire du siècle précédent semble avoir perdu sa potentialité d'exploration des possibles et se confond avec les restes d'une idéologie du maintien et de la préservation. Elle paraît avoir pris de plein fouet le poids de ses propres ambiguïtés qu'elle avait maladroitement tenté de dissimuler. La fiction s'est muée en peinture, l'obsession de la symétrie a transformé l'utopie en tableau. Pour Paul Ricœur : "le temps s'est arrêté. L'utopie n'a pas commencé, elle s'est bien plutôt arrêtée avant même de commencer. Tout doit se conformer au modèle : il n'y a pas d'histoire après l'institution du modèle." (1997 : p. 396). Dès lors, l'utopie perd ici toutes capacités à brouiller notre catégorisation de la différence entre le sensé et l'insensé, de nous ouvrir sur une exploration des possibles. Son désir de totalité, s'aventurant dangereusement aux confins du totalitarisme, peut ainsi aussi, comme l'a écrit François Laplantine, au travers d'images qui semblent répondre étrangement à cette scène du feu d'artifice du 14 juillet, "à chercher à éliminer, à coups de décrets, les failles, les fissures, les fêlures, à bétonner le moindre espace où pourrait se glisser un sourire, s'improviser une chanson, se danser une valse ou un tango - et même pousser un géranium. Il s'agit de créer un individu, une société qui, aux ordres, réagit au doigt et à l'œil, parle d'une seule et même voix.." (1994 : p 19).

Le Dehors...

À force de vouloir maîtriser le temps en le recréant, l'utopie finit par se noyer dans sa propre immobilité. Débordée par ces ambiguïtés qui lui sont cependant consubstantielles, elle ne peut qu'assister à l'échec de ses propres aspirations transformatrices. Car - et nous voici donc ramenés à notre problème de départ - comment

peut-on contenir le dehors ? Comment l'asile pouvait-il enfermer et contenir ce qui ne cessait de le traverser et de le déborder de toute part, à savoir ces rapports de forces qui constituent son existence même et qui constituent l'existence de toute société humaine ? Les aliénistes pensaient qu'il était possible de créer de toute pièces un environnement totalement maîtrisé jusque dans ses moindres mécanismes et que les forces relationnelles du social pouvaient y surgir de façon artificielle *comme si* la rupture d'avec la société ordinaire ne s'était jamais effectuée. Ainsi, pour Marcel Gauchet et Gladys Swain : "ce à quoi on ne réussit en aucun cas, c'est à effacer la trace et les effets de la coupure d'avec le monde du dehors. On peut songer à tous les substituts restaurant une sorte d'équivalence avec les formes de la vie ordinaire, prévoir tous les ingrédients qui entrent dans la composition de la banalité sociale, organiser en miniature et dans le moindre détail un véritable univers parallèle, la séparation fondatrice d'avec l'espace collectif continue d'y compter en creux, d'y travailler comme une indiscernable en même temps qu'insurmontable lacune, d'y ruiner silencieusement la plénitude des apparences." (1980 : p. 218). Dès lors, c'est sur cet ultime obstacle que n'a cessé de buter l'utopie asilaire : même subvertis, les sentiments d'engagement avec autrui ne peuvent être absolument rompus, il y a toujours en chacun, et y compris chez l'aliéné, mais aussi chez les acteurs qui composent les personnels de l'institution psychiatrique, l'inscription ou du moins les mouvements d'une sociabilité effective, un lieu indiscernable d'humanité et d'attaches primordiales qui passe par la relation à autrui, le souvenir diffus d'un dehors indépassable. Ce *Dehors* tel qu'il a pu être pensé par Gilles Deleuze à la suite de Michel Foucault et Maurice Blanchot n'entre plus ainsi dans une relation faisant jouer une opposition dialectique entre un dedans *et* un dehors, entre un espace matériel de l'*en-dedans* et de l'*au-dehors*, il est par conséquent ce qui constitue dans sa totalité tout espace de relations humaines, de modes de productions de savoirs, de pratiques et de pensées. Il est la dynamique propre à toute forme de pensée, à toute forme d'agir, du fait même de sa nature qui se résout en une multiplicité de rapports, de relations, de tensions, de mobilités faisant jouer des forces entre elles et qui ne cessent de se redéfinir. Ainsi, "le dehors concerne la force : si la force est toujours en rapport avec d'autres forces, les forces renvoient nécessairement à un dehors irréductible, qui n'a même plus de forme, fait de distance indécomposable par lesquelles une force agit sur une autre ou est agie par une autre." (1986 : p. 92). Dans cet ordre de pensée, l'hôpital psychiatrique, en tant qu'*agencement concret*, en tant qu'*espace de visibilité de la folie* - et cela au travers des différentes relations intersubjectives qui le composent, des différents types d'énoncés qui en constituent le savoir - se voit de part en part traversé par ces lignes de forces qui trament le dehors et, par là, toutes dynamiques de socialité. Dynamiques toutes entières tournées vers le devenir : "C'est ainsi que le dehors est toujours ouverture d'un avenir, avec lequel rien ne finit, puisque rien n'a commencé, mais tout se métamorphose." (1986 : p. 95). Par conséquent, puisque le dehors se suffit à lui seul, qu'il "n'est pas une limite figée, mais une matière mouvante animée de mouvements péristaltiques" (1986 : p. 103), il n'est plus possible de lui opposer un dedans, un espace du retranchement, clairement délimité par la limite de l'intériorité. Deleuze, à la suite de Foucault, préfère voir des plis, des replis, des plissements, qui peuvent constituer un dedans, mais qui ne sont rien

d'autre, en dernière instance, que le dehors lui-même, le dedans du dehors... Dès lors, il n'y a plus d'intériorité radicale du sujet mais plutôt un processus ininterrompu de *subjectivation* où l'individu se voit traversé en continu par la dynamique, les flux et les reflux d'un dehors permanent, qui finit par se confondre avec ce qu'il délimite comme son être intime. Dans cette optique, les individus mais aussi les lieux ne sont plus ces espaces de clôture, ces îlots d'inclusion, de disjonction, d'isolement... Il sont des milieux, des entre-deux, dont le mode d'être n'est qu'agitation, brassage, remaniement, mutation, devenir contingent... Et finalement toute l'histoire de la psychiatrie, toute la tension de cette utopie qui l'a guidée peut se résumer à la lente émergence de cette interrogation : la psychiatrie n'est peut-être qu'affaire de dehors... Ainsi, tous les courants, issus du tournant de ce milieu de XX^{ème} siècle de remise en question de la démarche asilaire par la stigmatisation de ce qu'il a pu amener de pire en dérive carcérale (et dont l'épisode de la seconde guerre mondiale pour Le Vinatier demeure le plus effroyable exemple...), toutes les recherches de thérapies nouvelles fondées sur l'autonomie des patients, sur les soins ambulatoires, le recours aux services de jour, tous les discours contemporains d'*ouverture*, d'*externalisation*, de *soin par la socialisation*, tout le programme de la sectorisation même, en tant que surgissement de l'extérieur dans l'intériorité de l'institution (ne peut-on pas lire dans la Circulaire du 15 mars 1960 que "l'établissement psychiatrique [...] devient un hôpital spécialisé pour les maladies mentales et non plus un «asile» où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société." (in François Jeanson, 1979 - p. 170) participent de ce même mouvement critique où la question de la prise en charge du malade et des limites de l'institution face à un dehors qu'elle ne peut nier, puisque constitutif de sa propre pratique, ne cesse d'être posée et reposée... Ainsi, il s'agit toujours de problématiser et de problématiser encore cette utopie première de la curabilité de la folie, mais peut-être sous un angle moins oppositionnel, où l'on marquerait de façon tranchée la distinction entre un espace du dedans et celui du dehors. Il ne peut y avoir de radicale altérité, pas plus que de lieu ultime de retranchement puisque c'est dans le *même* processus de relation que s'inscrit tout rapport de subjectivité, tout mouvement de subjectivation qui nous lie à autrui, quel qu'il soit (*fou* ou *sain d'esprit*) ; c'est la même intrication de relations *dans* et *par* le dehors. Par conséquent, l'histoire de ces deux siècles de prise en charge de la déraison participe de ce même lent et laborieux mouvement de maîtrise de l'altérité, de son appréhension. Comme l'a indiqué Étienne Trillat : "Il n'y a pas de synchronisme entre l'émergence des idées en psychiatrie et celles des pratiques. À s'en tenir même à l'un ou à l'autre, il n'y a que des chevauchements, tensions entre un état ancien et un état nouveau, situations en permanence critiques, anticipations et résurgences. C'est-à-dire la difficulté de marquer les points d'articulation dans ce continuum où tout change." (in Jacques Postel et Claude Quétel, 1994 : p. 339).

L'HÔPITAL ET SON HISTOIRE PAR CEUX QUI L'HABITENT ET L'ONT HABITÉ

Autarcie, autosubsistance, oubli...

De ce continuum, un certain nombre d'acteurs avec lesquels nous nous sommes entretenus ont fait émerger quelques grandes figures marquantes. Car aujourd'hui encore, ce passé contrasté suscite des réflexions, éveille des souvenirs. Il ne cesse d'être revisité depuis un hôpital qui tout en se transformant ne peut s'arracher de ce long processus dont il est lui-même issu.

Marc : *"les hôpitaux psychiatriques anciens avaient généré au cœur de l'institution un fonctionnement copié sur l'extra-hospitalier, sur la cité, alors c'était l'histoire... de la ferme... [...] où l'hôpital produisait tout ce qui lui était nécessaire et là au niveau des commerces on avait tout, on avait la boutique vêtements, chaussures, le tabac... l'épicerie et à une époque où on parlait, parce que c'était quand même un moment où l'on parlait fort depuis les années soixante-dix de sectorisation, d'ouverture sur l'extra-hospitalier [...] il y avait des patients qui bénéficiaient de toutes ces prestations."*

L'une de ces premières figures marquantes est donc celle, directement héritière d'une certaine logique asilaire, où l'hôpital fonctionnait en vase clos, dans une totale indépendance quant au reste de la société globale. Un monde entièrement fondé sur un régime d'autosubsistance et où régnait le tranquille mouvement d'une ville en miniature. Remarquons, et le discours précédent le montre, que cet héritage a subsisté jusque dans un passé très récent, puisque les personnes interrogées sont toujours en activité, exceptée l'une d'entre elles.

Laurence : *"il y avait des vergers hein, il y avait... comment on dit ? pas la cochonnerie... mais pour élever les cochons, la porcherie ! [rires] et moi quand je suis arrivée il y a vingt ans je me rappelle on avait..., c'était de grosse marmites qui arrivaient, c'est... on avait en dessert des poires cuites au vin, des petites poires qui étaient cueillies encore sur l'hôpital, c'est une chose qui n'existe plus, parce que maintenant c'est une cuisine centrale qui apporte les repas et puis les patients travaillaient en service, les femmes de ménages... faisaient faire leurs..."*

Ou encore Thierry : *"Ben disons qu'on a connu une époque où il y avait..., plus de monde à l'hôpital déjà, je crois qu'à l'époque il devait y avoir 3400 patients donc il y avait toute une vie dans l'hôpital où les gens ne sortaient pratiquement pas hein, mais il y avait bien plus de mouvement il y avait moins... enfin au niveau des patients ils étaient bien plus nombreux..., ils sortaient bien moins des unités de soin, c'était juste des... ça commençait un petit peu à s'ouvrir pour des sorties quand même assez accompagnées, des permissions un petit peu exceptionnelles mais bon ce n'était pas du tout le mouvement qu'il y a maintenant[...] Bon c'est vrai que ça a été, il y avait beaucoup de mouvements dans l'hôpital, c'est vrai qu'il y avait du monde de partout, ça naviguait un petit peu de partout, c'est pareil il y avait encore la ferme, il y avait les animaux donc la porcherie d'une part, où bon la quantité d'animaux je ne l'ai pas en tête, mais bon tout ce qui est actuellement parc aux biches, le floral et puis sur la partie d'entretien c'était la porcherie tout ça donc... mais bon c'était aussi quelque chose de très vivant parce qu'il y avait des patients qui*

étaient affectés dans certains services généraux et ils participaient aux soins des animaux, aussi bien à la porcherie qu'à la ferme, la ferme où il y avait je crois soixante têtes de bétail, et il fallait aussi traire les vaches, enfin tout ça, c'était aussi l'époque où on faisait les foin, les moissons que j'ai connues, les légumes, il y avait la production des légumes qui se faisait dans l'hôpital hein [...] c'était tout en cultures maraîchères et les gens sortaient, ça permettait aux soignants de faire des groupes de patients qui allaient cultiver les légumes, enfin qui participaient à la culture des légumes, soit des arrosages, soit désherbages, élagages, et autres c'était quand même autorisé et puis il y avait le ramassage des légumes qui faisait la production des cuisines en partie je ne sais... enfin c'était aussi tout ça. **Les gens étaient très liés**, je veux dire, en intra, tout le monde se connaissait, on allait chercher le pain, il y avait la boulangerie qui étaient anciennement... enfin actuellement dans le service Balvet là-bas, donc on faisait le pain, il y avait les chevaux pour la distribution du pain, pour le service du linge et ainsi de suite enfin toutes les corvées existaient donc les gens sortaient beaucoup, on se rencontrait dans tous les secteurs... le linge sale, les cantines... tout passait par nos mains il n'y avait pas trente-six métiers, il n'y avait pas de véhicule de service à part les ambulances, je crois..., je pense que c'est tout ce qu'il y avait dans l'hôpital à cette époque là donc pour le reste c'était autrement."

Véritable village replié sur lui-même, l'hôpital possédait sa rythmicité propre, son "mouvement" qui l'inscrivait dans le prolongement de l'ordre naturel où saisons et moissons découpaient, organisaient la vie quotidienne tout au long de l'année. Pour Robert, qui a vécu cette époque, la découverte du Vinatier d'alors lui a semblé dès son arrivée comme l'entrée dans, selon ses propres termes, "un truc global mini". La réplique de la société du dehors mais reconstituée à l'abri des murs qui la séparaient du reste du monde. De fait, l'ensemble de ses habitants se voyait lié à une temporalité spécifique et participait de ce fourmillement collectif auquel personne ne pouvait échapper, au risque même de s'y trouver enfermé.

Laurence : "au départ l'hôpital c'était vachement plus grand, **on vivait en autarcie**, les patients travaillaient, enfin c'était un autre registre parce que... ça s'est fait au fil du temps parce que souvent les patients étaient exploités hein, il faut voir sur quels motifs ils étaient hospitalisés hein..., l'hôpital psychiatrique du début du siècle ce n'est pas celui d'aujourd'hui, pour ça il y a eu des lois quoi, il y a eu l'hospitalisation demandée par un tiers qui a été... modifiée je crois dans les années quatre-vingt-dix, c'est pas vieux, et on était toujours sous régime de... Louis Philippe, c'était très vieux, très très très vieux. Ça a été remodifié et ça permet maintenant d'avoir peut-être plus de garantie pour que les patients aient..., il y a besoin de trois signatures de médecins hein c'est quand même pas... [...] Oui parce que au niveau des dossiers avant je me souviens des filles de dix-huit ans qu'on hospitalisait parce qu'il y avait des histoires de famille, des trucs pas possible, des gens qui ont passé leur vie ici..."

Par delà ces activités saisonnières, pouvait donc se profiler la monotonie d'une vie toute entière livrée au bon fonctionnement de l'institution, le patient perdant par là son statut de malade proprement dit pour devenir la pièce d'une mécanique asilaire plus aliénante que véritablement soignante. Contrer la peur du vide par l'occupation afin de sortir le malade de sa subjectivité excluante, le réinscrire dans un mouvement, une dynamique générale qui le dépasse et l'entraîne, mais aussi le chroniciser en le rendant tout entier dépendant de ce petit monde de l'autosuffisance dans lequel l'on pouvait

entrer aussi par la force de l'arbitraire, telles seraient les lignes de force de cette réalité qui certes a exclu, a séparé mais en même temps a reconnu à celui, débordé par la folie, la possibilité d'une existence hors une altérité radicale.

Cependant l'aspect champêtre et rural de ce petit village protecteur et réparateur perd singulièrement de sa vivacité au regard de ce que les personnels soignants et non-soignants, aujourd'hui retraités, en disent. En effet, l'hôpital des années trente est aussi ce lieu de la séparation, tout entier pensé dans les termes de cet *art des répartitions* propre au monde disciplinaire que Michel Foucault a su si bien dépeindre dans *Surveiller et punir*.

Eugène : *"il y avait des sauts de loups autour des unités de soins, mais il y avait un saut de loup surtout dans les unités de malades difficiles, les 3 bis où il y avait des malades en cellules. Là ils n'avaient pas de cour collective, c'était une cellule en rond si vous voulez. Le pavillon était en rond mais [...]. C'était un demi cercle. Les cellules étaient comme ça, il y avait mettons 30 malades si vous voulez ils avaient chacun une cellule, et chaque cellule avait derrière un point extérieur."*

Monde qui de par sa matérialité séparait mais aussi, dans la configuration même de son espace, isolait, répartissait, classait, comme nous l'avons dit, selon les sexes et les pathologies. Division marquée par le tracé symbolique de la chapelle avec d'un côté le monde des femmes totalement féminin puisque même les personnels devaient être des femmes, et de l'autre côté le monde des hommes lui aussi entièrement régit par un personnel masculin. Dans cette géographie bipolaire et sexuée, au nord les femmes et au sud les hommes, le monde du milieu, administratif et religieux tient presque une place a-sexuée, a-localisée, quelque part dans un entre-deux, comme si sa seule neutralité désincarnée pouvait contribuer au parfait fonctionnement des rouages de l'institution.

Lucien : *"Il y avait deux blocs, c'était pas deux satellites parce qu'il y en a un qui tourne autour de l'autre, mais c'était deux planètes, deux planètes qui tournaient, qui tournaient mais sans jamais se rencontrer. Il y avait la planète des malades et la planète des soignants, des employés. Alors il fallait se défendre de l'autre, chacun se défendait en se regroupant."*

Deux univers, au travers de ces deux "planètes" mues par leurs propres dynamiques, se font ainsi face. D'un côté l'univers des soignants, des infirmiers-gardiens que Lucien appelle aussi les "gros bras", les "casseurs du Vinatier", recrutés pour leur physique, leurs aptitudes à contenir, auxquels on consignait de ne jamais tourner le dos aux malades. Comme l'a dit Benoît : *"pouvo que vous soyez costaud, que vous ne portiez pas de lunettes"*. De l'autre, l'univers des malades, qui se devaient de s'inscrire coûte que coûte dans la temporalité propre à l'hôpital. Dans ce groupe informel qu'il faut uniformiser et classer, par des "multiplicités ordonnées", selon les termes mêmes de Michel Foucault (1975 : p. 74) il y avait ceux qui, toujours selon Benoît, ne "tiraient pas au flanc", qui participaient à la vie collective de l'institution et ceux qui, du fait de leurs pathologies, se voyaient placés, selon Émile, "au bout là-bas", aux confins de l'hôpital, par une distanciation qui, repoussant le regard, confinait à l'absence.

Lucien : *"Oui c'était des uniformes, des draps grossiers comme on peut l'imaginer, il y avait des chemises, c'était toutes les mêmes, les chaussettes étaient toutes les mêmes, il y avait des grosses chaussures, des sabots, c'était terminé."*

Eugène : *"[des uniformes en] bure, ils avaient les vêtements de l'hôpital. C'est-à-dire que quand un malade arrivait à l'entrée on lui faisait son paquetage comme en prison quoi."*

Dans cet univers de l'ordonnancement, tout le monde ressemble à tout le monde même si des distinctions restent opérantes. L'uniforme bleu pour les services techniques, le blanc pour le personnel soignant, les sarraus bleus pour ces mêmes soignants lorsqu'il s'agit de s'enquérir des tâches ménagères. Cependant pour tous, la nécessité persiste de marquer sa présence dans le découpage et l'ordre du temps qu'exige l'hôpital.

Lucien : *"Avant si vous voulez le malade était levé dès 6h - 7 h. Il y avait de grands dortoirs de quarantaine de lits, notre travail consistait à rentrer en courant dans ces dortoirs, d'ouvrir la fenêtre de repartir en courant et de revenir 1 heure après, et donc les malades étaient levés, ils faisaient leur toilette éventuellement, et après ils allaient déjeuner tous au réfectoire. Donc ils étaient déjà comptés là, au réveil d'ailleurs, pour savoir s'il n'en manquait pas, et ils allaient déjeuner, après les infirmiers s'occupaient de faire les lits, de passer la serpillière, de nettoyer tous les locaux du pavillon. [...]. Il y avait quelques infirmiers qui s'occupaient éventuellement des toilettes, d'autres préparaient les médicaments pour midi, ils servaient les repas, et puis l'après-midi était rythmé un peu pareil, alors le malade restait enfermé dans le pavillon. Il y avait des grands dortoirs qui étaient vides, et les malades étaient là, ils fumaient d'un côté, ils se battaient de l'autre, ils faisaient autres choses dans d'autres coins, des comportements sexuels très importants, homosexuels, c'était extrêmement pesant, vous aviez des pavillons de 120 malades"*

Benoît : *"Et bien, ce médecin, son principal travail c'était de... il avait vite fait sa tournée, il commençait le matin à 9 h 00 avec le surveillant général, le surveillant général avait un grand cahier où il marquait dessus... il commençait à passer à la première division, à ce moment là les services, les bâtiments s'appelaient des divisions, donc il y avait la première division la 2, la 3, la 4, la 5, la 6, la 7, la 8, la 9. Il commençait à passer à la première division, la première division c'était la division où il y avait les malades qui travaillaient. Les malades qui travaillaient au service de la ferme, de la culture et puis au jardin potager. Donc il y avait bien au moins plus de cent bonhommes là qui travaillaient [...] Et alors là ils commençaient donc à cette première division, il n'y avait pas beaucoup de malades qui se plaignaient, c'était tous des malades qui étaient bien portant, ils avaient chacun leur maladie [...] Ensuite il..., s'il n'y avait pas de malades à cette division, il filait à la 2. La deuxième division c'était un service où il y avait des malades, il n'y en avait point de couchés là. C'était tous des malades qui étaient debout, mais qui restaient enfermés, il n'y en avait pas un qui travaillait. C'était des malades qu'on ne pouvait pas mettre au travail. [...] ensuite il passait à la 2, bon là il questionnait quelques malades, il y avait toujours des malades qui réclamaient quelque chose, alors il les écoutait et puis c'est tout, si vraiment il y en avait qui souffrait par là d'arthrose ou de quelque chose comme ça, ou il se plaignait d'avoir mal à la tête, parce que à part leur folie, il y avait des maladies comme ailleurs, il y en avait qui avaient des rhumatismes, d'autres qui avaient si, qui avaient mal à l'estomac, toute sorte de chose, il écoutait le malade, il disait au surveillant "marquez lui ça", une potion etc. remarque c'était toutes des potions, ou alors des cachets de solucamphre, des machins comme ça quoi, des machins qui ne tenaient pas debout (rires), après bon il filait à la 3, à cette époque c'étaient tous des malades*

vraiment... je sais pas comment dire ça, c'étaient en grande partie des jeunes, des malades à partir de 14 ans jusqu'à 25 ans par là. [...] puis après il passait vers le 3 bis, ça c'était le cinéma là, parce que le 3 bis quand il arrivait vers le 3 bis c'était vers les 9 h 30 le matin, mettait tous les malades, il y avait une grande salle, au bout des cellules il y avait une grande salle qui servait de réfectoire, donc il y avait des tables, on mettait les tables en carré comme ça là tout le tour de la salle et puis les malades assis derrière qu'ils puissent pas approcher le médecin et le surveillant. Il passait devant la table, cela faisait toujours rire le docteur, ils avaient une pincée de tabac. Quand il passait, il sortait son briquet de sa poche et donnait du feu. [intervieweur : C'était rituel.] C'était rituel (rires). Il questionnait le chef de service, si depuis la veille rien ne s'était passé, des fois il y a eu des bagarres par là, mais il n'en tenait pas compte il écoutait et puis c'est tout et puis il filait à la division d'à côté, puis il faisait sa tournée et puis après il filait à la 9. A la 9 là haut, il restait un peu plus longtemps parce que c'était un grand service où il y avait 300 malades, et alors là il avait probablement à faire le tour, mais à 11 heures, sa tournée était terminée."

Uniformité des apparences mais aussi routinisation des tâches, où chaque geste est réitéré, agi à l'identique, selon une logique établie et inaltérable : l'agitation des soignants, au moment du réveil des malades ; la visite-inspection du médecin qui tel un passage en revue, visait à la vérification du bon ordre et de la bonne marche de ces *divisions*... et encore ce temps de la folie, lui aussi subdivisé, catégorisé en deux sous-ensembles : celui des patients aptes, par le travail, à la participation au mouvement collectif et celui des autres, les dé-synchronisés, a-rythmés qui, selon les termes de Lucien, "*tournaient en rond dans les cours*", prisonniers de la circularité, de la répétition et de l'enfermement de leurs propres pathologies. Ainsi, comme le précise Benoît, "*quand ils avaient fini de manger, aller hop dans la cour, et puis toute la journée ils tournaient en rond, ils gueulaient dans la cour, ils se battaient, ils se..., c'était toujours comme ça. [...] il n'y avait rien à cette époque, ils étaient livrés à eux-mêmes, comme du bétail, on ne peut pas dire autre chose.*". Folie de l'inertie, de l'attente où le vide n'est comblé que par l'habitude et le continuel recommencement des mêmes instants.

Lucien : "*Il y avait [...] une atmosphère un peu spéciale. Je me rappelle... tout à l'heure je vous parlais de ces gens qui assuraient l'évacuation des poubelles, alors il y avait un cheval attelé à un tombereau, le cheval connaissait depuis des années le trajet, donc il n'avait pas besoin d'être guidé, il savait où il fallait passer et s'arrêter, il y avait quelques malades qui savaient parfaitement ce qu'il fallait faire et il y avait un employé à l'époque qui suivait, alors il vidait ça dans ce tombereau, et il allait vider ces poubelles, ces immondices dans une carrière de sable qui se trouve à peu près au niveau du neurologique maintenant.*"

Nous voyons bien au travers de cet exemple l'importance de ce souci de régularisation, de classification qui imprégnait le Vinatier d'antan. Tout semble ici contribuer à cette recherche de ce que Michel Foucault appelle le *quadrillage* des choses et des êtres : à chaque individu sa place et à chaque emplacement un individu. Le malade, le soignant et même le cheval connaissent leurs tâches, la connaissent tellement qu'il n'est même plus nécessaire d'avoir à se la remémorer pour l'appliquer, le simple déplacement dans l'espace finissant par se substituer à toute forme d'intention et de projet. Il est à noter que pour optimiser cette régulation des flux de marchandises au sein de l'hôpital des rails

avaient été installés sur ses principales avenues et servaient à la circulation de wagonnets poussés par les soignants ou les patients et cela afin de distribuer les repas à l'ensemble de la collectivité ou encore de ramasser le linge sale des différents pavillons. Comme dans une mine ou dans une usine, la direction et la voie à suivre était de fait inscrites dans la matérialité même du lieu et imposait à la personne qui l'empruntait, un chemin précis et un rythme déterminé, dont il semblait impossible de s'extirper.

Lucien : *"il y avait à l'époque de la violence, des rapports agressifs, je me rappelle, il y avait des douches c'était des grandes salles, et les pavillons venaient un jour par mois ou un jour par semaine je ne sais plus tous les combien, et quand tout le monde venait ensemble aux douches, les uns se déshabillaient et se douchaient et ceux qui ne voulaient pas se laver ou avaient quelques difficultés, étaient lavés au jet. C'est vrai, c'était des rapports de force, c'était des rapports... quelques fois c'était nécessaire, assez rarement... les gens trouvaient un certain plaisir à le faire, il ne faut pas nier l'existence."*

Benoît : *"Des coups j'en ai pris, oh la la, tous les jours, à la 3 bis là-bas tous les jours c'était la bagarre, tous les jours, il ne se passait pas un jour sans que ça casse, sans qu'on reçoive des coups et on en donnait, on était obligés parce que autrement on se serait fait tuer, on ne pouvait pas se défendre autrement qu'en donnant des coups. C'est terrible à le dire, mais c'était comme ça. Si, comme je dis souvent, je dis si on soignait les malades à l'heure d'aujourd'hui comme on les soignait en ce temps là, on serrait tous en prison, les gardiens. On ne pouvait pas faire autrement."*

Cependant cette recherche systématique du placement et de la répartition visant à organiser le chaos de l'insensé montre aussi ses propres limites face à l'incontrôlable de la violence. Comme si l'irruption, le surgissement de cette dernière n'était que le seul et possible écart à la règle communément admise. L'échange de coups, la vexation, les "rapports de force" comme ultime moyen de l'affirmation de l'existence de chacun par un entremêlement indistinct où la violence de l'un, le soignant, et celle de l'autre, le patient, ne font que se répondre en écho.

Mais toujours pour Benoît, *"il fallait faire attention. Il y en a qui étaient vraiment méchants et agressifs. [...] Il y avait des camisoles de force, c'était un genre de veste de gros tissus... De gros tissus, de gros drap solide. Il y avait des manches et puis au bout des manches il y avait une attache, on les attachait derrière le dos, on les enfilait, on les attachait derrière le dos et on leur croisait les bras comme ça et puis avec les attaches qu'il y avait au bout des manches on les ficelait quoi. Un tout seul, on ne pouvait pas arriver à mettre la camisole, il fallait être deux trois, parce qu'il y en a qui étaient costauds, c'était des bonhommes qui faisaient 70, 80 kg, on s'en voyait."*

Face à l'agression, c'est encore la contention et son objet le plus symbolique, en l'occurrence la camisole de force, qui pouvaient être mobilisés. Recourir au *lien* mais cette fois-ci hors de la sphère de l'interlocution, puisqu'il s'agit bien d'une entrave, au sens littéral du terme, dont il est question... Contenir l'incontenable, ce que le malade ne peut plus contenir, par ces liens physiques qui vont immobiliser le corps, le contraindre à défaut de ne pouvoir directement agir sur la cause d'une souffrance intensément extériorisée.

Robert : *"je pense qu'à l'époque on faisait ça d'une façon mécanique, comme on aurait été faire des casseroles dans une usine, hein. A la seule différence que... enfin, en ce qui me concerne [...] et en ce qui concerne un certain nombre de collègues, on ne martyrisait pas les patients. On les considérait... certains, avec certains, il suffisait d'ailleurs de lier l'amitié, la sympathie, avec leurs familles, on les plaignait beaucoup, on..."*

Dès lors la systématique du quotidien semble déteindre sur la pratique soignante elle-même. Comme le dit cet infirmier retraité, on agissait sur le malade comme sur un objet, d'une manière "mécanique", comme "dans une usine", sans tenir compte de la personne, de ses sentiments, de son histoire et de ses attentes.

Cette idée est encore est renforcée par le regard qu'il porte sur la cure de Sakel couramment employée à l'époque : *"[l'insulinothérapie] consistait, en particulier chez les malades schizophrènes, mais pas uniquement, mais en particulier chez les schizophrènes, à leur faire cette fameuse cure qui consistait... On démarrait au jour J, demain par exemple, le médecin avait décidé qu'on démarrait une cure d'insulinothérapie chez untel, et, il y avait un infirmier qui s'occupait de ce malade, dès qu'il arrivait, et jusqu'à deux heures, et quand il partait à deux heures, il passait les consignes aux copains du soir, il lui disait : "fais attention à..." bon. Ça consistait à demander au malade d'aller faire sa toilette de fond en comble, d'aller prendre une douche, de prendre sa température, ses pulsations, sa tension artérielle, enfin tout le bazar, et... il restait à jeun. Il restait dans sa chambre, enfermé complètement dans le noir. On lui injectait 5 centimètres cube d'insuline, et puis tous les jours on augmentait sur la prescription du médecin. C'est le médecin qui disait : "Et bien, demain, vous mettez 10, et puis après 15", et alors ça avait pour résultat... l'injection d'insuline, ça bouffe le sucre dans le sang, [...] et puis il arrivait une période où il faisait ce qu'on appelait des chocs humides, c'est-à-dire qu'il transpirait beaucoup. On le mettait dans une espèce de baignoire, et on continuait, tous les jours on continuait, jusqu'à ce qu'on arrive au coma. [...] Une fois qu'il avait fait ces chocs humides, il fallait rééquilibrer, et donc on lui réinjectait du sucre. [...] Donc vous réinjectiez, et quand il était au coma, pour le laisser un moment dans le coma, et pour l'aider à revenir à lui-même, [...] on faisait ce qu'on appelait un gavage gastrique au sucre. C'est-à-dire que vous enfiez une sonde au malade qui était dans le coma, alors il fallait faire très attention, parce qu'il ne fallait pas faire fausse route, c'est l'infirmier qui faisait cela, sans le concours du médecin ni de personne... il fallait que tu te démerdes. Il prenait un esclave avec lui, comme il disait, c'est-à-dire un élève, et démerde toi. Donc il fallait que la sonde ailles dans l'estomac. En principe c'était relativement facile parce que le malade était dans le coma et alors toutes les fonctions... et quand la sonde était bien dans l'estomac, on s'assurait, je ne sais plus comment, que la sonde était bien... mais enfin, si elle était allée dans les bronches, le malade commençait à tousser, à s'étouffer... bon. Donc, si il ne faisait pas ça, c'est que c'était dans l'estomac, c'est bon. Et on avait préparé une mixture à base de sucre, très forte, et avec un entonnoir, on l'envoyait dans l'estomac, en même temps qu'on faisait l'injection de sucre et il se réveillait tout doucement. Mais, je pense qu'on faisait des choses très mécaniques, mais ce que j'ai compris par la suite, c'est qu'il aurait fallu qu'au moment du réveil, il y ait quelqu'un en qui le malade ait beaucoup confiance, et qu'il puisse lui dire des choses très profondes sur lui, très enfouies... voilà."*

Comme le laisse transparaître cet exemple, le geste soignant finit par se résumer à une suite de techniques sériees, répétitives, à un savoir-faire systématisé empêchant par

là toute forme de relation située hors de la sphère d'un pur instrumentalisme. C'est le soignant qui seul agit *sur* le patient, matérialité objectivée, détaché de son histoire propre mais dont le corps, malgré une inertie obligée, du fait même de la situation de coma, est aussi traversé par le flux continu de la vie. Dès lors, ce geste aussi systématique qu'il puisse apparaître se doit de rester impérativement précis puisque la moindre erreur de manipulation, de dosage, la moindre hésitation peut ainsi conduire à l'interruption pure et simple, définitive de ce même flux, de ce qui fait de cette matière inerte un être vivant à part entière, un existant parmi les autres.

Amandine : *"il y avait une dame, une malade qui était alcoolique. Qui est tombée dans les escaliers, qui s'est fracturé le crâne, à Grange-Blanche, on lui a soulevé, pour enlever des caillots, le... un petit peu la tête, la boîte crânienne, pour l'opérer, puis après elle n'a pas refait surface, elle était un petit peu perdue, puis on l'a eu ici, puis un beau jour elle a dit "Ouais... mais pourquoi je suis ici. J'ai un chez moi, puis j'ai du courrier à relever..." au bout de six mois à peu près : "Allez, qui est-ce qui va l'emmenner ? Amandine, vous l'emmenez." On m'a vue grande et costaud, mais une fois qu'elle a été chez elle, elle ne voulait plus revenir. Elle a été chez la voisine : "**Elle veut m'emmenner cette folle, elle veut m'emmenner au Vinatier**", et ainsi de suite. Alors cette dame n'avait pas de téléphone. J'ai téléphoné au Vinatier, de l'extérieur là-bas, ou d'un café, je ne me rappelle plus, à Vaise. Elle ne voulait plus revenir."*

Mais au-delà de la systématisme, ce nouvel exemple pose en négatif une question qui continue de hanter la perception générale de l'institution psychiatrique en particulier et de la psychiatrie en général. Question tramée par cette hantise récurrente, cette crainte incessante de l'enfermement, de l'entrée définitive rendant alors impossible tout retour vers le monde extérieur... Peur de cet hôpital claustral, aux murs de mauvaise augure, mais aussi peur de l'arbitraire, de l'internement injustifié. Le mouvement de prise en charge psychiatrique comme machine infernale que rien ne peut arrêter et qui emporte dans son tourbillon des existences anonymes. Certes le cas de cette dame s'inscrit dans un contexte où l'alcoolisme faisait partie de ces maux que l'hygiène sociale tentait d'endiguer. Mais il y a aussi cette chute malencontreuse, cette chute autant physique que symbolique, cette descente matérielle et sociale qui va la conduire à subir une opération aussi grave que ratée et à se retrouvée fermée dans ce lieu de nulle part, alors qu'au-dehors les affaires continuent : *penser à relever le courrier...* Même l'amnésie ne peut rompre ce sentiment d'appartenance, d'inscription dans les mouvements de l'au-dehors. Même l'uniforme grisâtre du patient, dépossesseur de ces attributs de visibilité qui nous marquent en tant que personnes sociales, ne peut effacer le désir de retourner en ces lieux d'habitude, de vie quotidienne. Et là, au-dehors, les choses se compliquent, ne sont plus aussi simples... *"Elle veut m'emmenner cette folle"*... Qui contraint qui ? Est-ce la maladie qui, dans la torsion de l'individualité de cette femme, la conduit à ne plus distinguer les limites et les frontières de ce qui est normal de ce qui ne l'est pas : l'infirmière, la soignante, la folle... Cette folle est-elle la soignante ? Est-elle sa propre conscience déterminante qui la pousse, qui la contraint malgré elle à retourner là où elle ne veut plus aller ? Mais la contrainte peut être aussi du côté de cette soignante, Amandine, que l'on sent désarmée, qui semble elle-même s'interroger sur le rôle et la place qu'elle tient dans

cet enjeu dramatique, qui la lie à cette femme et à son destin institutionnel. Elle devient ainsi un peu ce maillon intermédiaire d'une chaîne de contraintes la tiraillant tout autant du côté de la nécessité hospitalière que de celle de la poignante détresse d'une femme pour qui son existence même échappe, sur laquelle elle ne paraît plus avoir de prise.

Car cette question de l'arbitraire ne peut être coupée de celle qui immédiatement vient s'accoler à l'image de l'institution psychiatrique : l'oubli. L'oubli comme disparition totale de l'individu, l'oubli comme effacement progressif de sa présence. Il est étonnant de voir à quel point cette crainte de l'oubli travaille de façon implicite les discours que nous avons pu lire de ces différents acteurs aujourd'hui distancés de l'institution. Ainsi, comme nous l'a dit Lucien : *"ces gens qui étaient isolés, parqués, retirés du monde, des gens bien pensants qui passaient de l'autre côté du mur, qui ne voulaient pas raconter l'hôpital, la seule façon que les malades avaient..., je vais utiliser le mot, de les emmerder c'était par les cochons, les cochons ils y avait une telle puanteur qu'ils ennuyaient tout le quartier."* De même, Émile, à propos d'une visite d'élus conseil général au Vinatier au début des années cinquante : *"C'était pas de la blague, ce que je dis, il y en a qui ont eu la nausée en voyant dans quel état ils avaient inconsciemment laissé végéter et mourir cet hôpital ! C'était pas de la blague, ce que je dis, il y en a qui ont eu la nausée quoi, de voir qu'on osait laisser des pauvres bonnes femmes dans des cellules toutes seules, avec les rats, il y en avait une pauvreté inimaginable..."* Oubli des pouvoirs publics donc, mais aussi oubli de ces Brondillants qui, en toute innocence, longeaient l'hôpital sans savoir exactement qui se trouvaient en ses murs, de l'autre côté, et ce qui s'y passait. Un oubli fait d'invisibilité - et notons sur ce point l'interdiction stricte qui était faite jusque dans les années soixante-dix d'utiliser un appareil photographique au sein de l'institution - où l'autre, le fou, se dérobe à l'appréhension du regard et par là à toute possibilité de reconnaissance et de compréhension. Un oubli de mutilation des sens où seule l'olfaction, l'odeur caractéristique des porcs, persistait comme ultime affirmation des existences qui poursuivaient leur court à l'abri de l'enceinte.

Dans ce prolongement, pour les personnels aujourd'hui en activité, la perception de l'hôpital d'antan, héritier direct d'une certaine inertie asilaire tempère cette vision enchantée d'un village en miniature à l'organisation harmonieuse, bercé par le tranquille retour des saisons.

Pierre : *"Moi ce qui m'a marqué le plus c'est le retard que Vinatier a sur le modernisme et par rapport à tous les hôpitaux extérieurs que j'ai pu rencontrer, ils ont mis le temps et puis on arrive à être un petit peu au goût du jour mais ça ne s'est pas fait du jour au lendemain, on a mis le temps, pour changer les vieilles façons d'être et ci et ça."*

Ainsi, ce temps de l'asile, ce temps qui se voulait presque hors du temps de la cité et de son agitation, a presque fini par le couper totalement des transformations qui se sont opérées dans le monde comme si, d'une certaine manière, il n'était plus véritablement atteint par les dynamiques, les mouvements qui trament la société ordinaire. D'où cette impression de *"retard"*, de ces *"vieilles façons d'être"* qui ne semblent s'effacer qu'avec

difficulté, qui ne peuvent s'estomper qu'avec peine. Comme si le lent processus dont il était issu avait fini par l'enfermer dans une spirale implacable.

Émile : *"je suis arrivé pendant l'hiver 52-53 à l'hôpital du Vinatier, qui était bien coté comme pauvreté parmi les autres grâce, à mon avis, à la politique radine d'Édouard Herriot [...] qui se félicitait dans les débats du conseil général ou au conseil municipal que au moins l'asile de Bron ne lui coûtait pas trop cher. Alors pourquoi m'entêtais-je à aller là-dedans ? Parce que j'avais l'impression qu'on pouvait quand même faire quelque chose, qu'on pouvait sortir ces habitudes concentrationnaires de la routine. Donc, j'arrive au Vinatier : là au dernier arrivant on lui donne ce qui reste alors j'avais..., je ne sais pas..., 400 lits !... La découverte d'une misère. Mais aussi, découverte de collègues qui détonnaient sur les autres, qui apportaient à leur manière un souffle, par leurs compétences, qui apportaient tous les deux un espoir de vitalité dans cet asile."*

François : *"Lorsque je suis venu comme assistant c'était assez lamentable encore qu'il y avait déjà quelques améliorations par rapport à la guerre, mais enfin c'est vrai que c'était quand même assez lamentable parce que il y avait d'une part... les services libres il y avait deux salles par exemple qui étaient chauffées et puis il y en avait une autre un peu plus loin qui n'était pas chauffée alors il y avait un poêle, un poêle à bois avec un tuyau qui passait par là... par là... par les carreaux de la fenêtre, ça m'a toujours frappé ça, [...] donc et puis... en quarante, attendez ça doit être en cinquante... non c'était en cinquante... cinquante-neuf... il y a eu des améliorations architecturales, effectivement on a mis le chauffage central partout, on a refait les chambres... [...] J'avais l'impression surtout quand j'allais en deuxième homme d'être devenu un médecin d'Afrique, des Bat' d'Af, de la légion étrangère, vous savez ce n'était pas très marrant, les gens étaient encore attachés et... pas camisolés toujours mais ils étaient attachés par une lanière à leur lit [...] il y avait des dortoirs de cinquante mètres, pas de chambres individuelles en deuxième hommes... [...] il y avait des gens qui avaient envie de faire bouger les choses ce qui à l'époque était plutôt rare parce qu'ils étaient plutôt réactionnaires... bon et puis bon ils se sont intéressés à ça et puis moi je disais que ça m'intéressait de parler avec les malades"*

Cette impression d'être hors du temps, hors de la marche du monde n'épargne cependant ni les personnes ni les objets qui eux, ne peuvent échapper à l'usure du devenir. Usure des bâtiments qui, comme on vient de le voir, en ce milieu de XXème siècle présentaient des carences notables ; usure des individus aussi et plus particulièrement des patients qui se voyaient littéralement *attachés*, annexés à une folie qui ne semblait plus pouvoir être dépassée. Et puis toujours la traversée de cette utopie, de ce recours possible au dialogue, à la reconnaissance de la parole, de la parole de l'autre y compris lorsque celui-ci est atteint dans sa propre raison et cela malgré un environnement où ne semble plus que régner attentisme et expectative...

L'ordre infirmier

Dans cette organisation, et c'est le deuxième élément qui a parfois surgi au détour des conversations que nous avons eues avec les personnes que nous avons rencontrées, le personnel infirmier tient une place prépondérante. Nous pouvons dire que la conception de cette profession au sein de l'institution se scinde en deux grands mouvements. Celui

d'avant la venue des Agents des Services Hospitaliers, et celui d'après leur venue, celle-ci semblant avoir radicalement modifié l'équilibre et la répartition des tâches et des activités.

Fabienne : *"Quand j'étais infirmière, donc je faisais mes études, la durée des études à ce moment là c'était deux ans et j'ai été déçue quand je suis arrivée avec... j'avais des connaissances mais... j'étais déçue du travail... comment je pourrais vous dire, c'était pas un travail soignant pour moi parce qu'avant, on avait pas à ce moment là d'aide soignante ou de femme de ménage, y'en avait peut-être mais enfin c'était une époque où on faisait manger les malades, on leur donnait les cachets, la toilette le matin hein bon ça allait, mais après l'après-midi c'était, c'était rien, parce que maintenant on est passé à des entretiens avec... à cette époque il n'y avait pas d'entretiens, les malades... le médecin chef passait le matin, l'après-midi... bon on allait jouer aux boules avec eux mais jouer aux boules... [sourire]"*

De même pour Éliane : *"J'ai été très déçue de ma profession, de ma fonction d'infirmière, parce qu'à l'époque dans les années soixante-dix il n'y avait pas d'ASH, donc les infirmières faisaient tout, elles faisaient le ménage, elle faisaient tout, et moi j'avais pas passé deux ans d'études et je suis quelqu'un d'assez révolté, en fait, ... [téléphone] et c'est vrai que je ne, je ne voyais pas du tout mon travail comme ça, j'avais pas la conception du travail infirmier où on faisait beaucoup de ménage et où on s'occupait peu des malades, il y avait beaucoup de violences et c'est vrai que je ne supportais pas la violence comme ça à l'état pur et du coup je me suis dit il faut que tu fuis, il faut fuir parce que des fois on a pas la possibilité d'affronter..."*

Déception pour ces soignantes qui se sont vues inscrites, un peu contre leur gré, dans ce mouvement total où chacun se devait de faire fonctionner le lieu dans lequel il se trouvait, que les tâches répondent ou non alors à leur formation.

Muriel : *"Moi quand je suis arrivée il n'y avait pas d'ASH, le travail le matin on faisait tout ce qui était soins infirmiers, soins de nursing, c'est-à-dire les toilettes, les choses de cet ordre là, les prises de sang, on faisait aussi la stérilisation parce qu'à l'époque il n'y avait pas les, il n'y avait pas... comment dire ? les seringues à usage unique, c'était des seringues en verre, il n'y avait pas les aiguilles à usage unique, c'était encore les aiguilles on les nettoyait bien et puis il y avait à les mettre dans des boîtes, on avait à les stériliser, on faisait aussi tout ce qui était examen d'urine, recherche d'albumine, sucre, enfin bon on faisait ça encore... on stérilisait les plateaux encore en flambant les plateaux à l'alcool, on avait les champs stériles qu'on préparait nous, c'était comme des rouleaux qu'on découpait nous et qu'on mettait à stériliser, voilà c'était comme ça le matin.[...] Les malades participaient aux activités ménagères, la vaisselle on avait pas de lave-vaisselle c'était les malades qui faisaient la vaisselle, les malades nettoyaient la salle à manger, enfin bon on était parfois un petit peu sous la domination des malades, il y avait des fois des malades qui nous menaient aussi... quand elles nous appelaient pour compter les draps, parce qu'à l'époque on comptait les draps, on faisait des sacs de vingt draps, enfin on comptait les draps et elles nous appelaient parce qu'il fallait aller compter les draps [rires]. [...] Le petit linge, parce que le petit linge était fourni par l'hôpital, les petites culottes, les robes... alors ça c'était une fois par semaine, je ne sais pas si vous imaginez on comptait tout le linge, alors les petites culottes ce que ça pouvait donner au bout d'une semaine, ça c'était le matin et puis il y avait l'ergothérapie où on faisait ces petits... emballages sous plastiques, les portes magnétiques, c'était de l'ergothérapie industrielle, alors les malades étaient payés au pécule et le pécule c'est le prix du timbre, alors c'était ou une fois le prix du timbre, ou deux fois, ou trois fois, je ne sais plus jusqu'à combien ça pouvait aller, et puis*

le repas il arrivait tout prêt de l'usine dans des grands containers... containers qu'on devait nettoyer après les avoir vidés, mais ça c'est pareil c'était une bonne... malade travailleuse qui faisait ça et puis... on avait des régimes, des régimes c'est-à-dire des biftecks, des œufs, enfin ces régimes c'était restrictif il n'y avait pas de diététicienne donc on faisait cuire ces steaks sur la cuisinières à charbon, cette fameuse cuisinière à charbon et puis alors l'après-midi et bien quand on arrivait il n'y avait pas de relève parce qu'à l'époque on faisait six heures, quatorze heures et quatorze heures, vingt-deux heures, donc il n'y avait pas de relève, on se croisait, on notait sur un cahier, le cahier de rapport, ce qui s'était passé et puis l'après-midi c'était faire le ménage, les vitres, nettoyer les chambres à fond... enfin voilà, les changes de lits c'était faire le ménage quoi. [...] A l'époque il n'y avait pas encore l'Unité Médicale d'Accueil comme il y a actuellement, il y avait un interne de porte, c'est-à-dire que quand il y avait un malade qui arrivait, qui devait être hospitalisé, il devait être vu par un interne qui... décidait de son hospitalisation et il n'y avait pas d'ambulancier qui emmenait le patient dans l'unité de soin, c'était un service qui pendant six mois était désigné pour aller chercher le patient à la porte et l'amener dans un des services, voilà... [...] Quand c'était la police, la police les amenait jusqu'à la porte des pavillons et puis après on gérait dans l'unité. Il n'y avait pas l'Unité Médicale d'Accueil, les admissions se faisaient directement à l'interne de porte, ou directement dans les services, alors ce qui fait qu'on était confrontés quand même à des choses pas très simples non plus, on faisait aussi un inventaire, c'est pareil c'était un cahier sur lequel on mettait l'inventaire des patients, mais on avait pas..., enfin on faisait un inventaire... avec bien-sûr : bague en métal blanc, machin... il ne fallait surtout pas mettre ni or, ni argent parce qu'on est pas à même d'évaluer donc... alors ça c'était les recommandations qu'on nous avait données pour l'arrivée des patients."

Toujours Muriel : "On faisait la lessive à la main, c'est-à-dire qu'à cette époque il y avait des patients travailleurs donc les patients participaient aux tâches, aux tâches ménagères. Il y avait une patiente dont je me souviens très bien... c'est elle qui allumait la cuisinière, qui nous appelait parce qu'il fallait compter les draps parce qu'à cette époque là aussi le linge sale, on comptait tout donc il fallait mettre par sacs de vingt [rires], donc on comptait les draps, on envoyait pas sacs de vingt et elle elle nous aidait, on faisait tout ce qu'on fait dans un ménage je dirais mais pour quarante ou soixante-dix, voilà et compter cinq cents draps j'ai compté, quand il y avait soixante-dix malades. [...] Dans ce service, que j'ai fait, il y avait les arriérés profonds ou psychoses déficitaires invalidants graves à l'époque on disait les oligophrènes ce qui veut dire donc : petites intelligences [...] Donc ces 40 malades, à cette époque quarante malades vous imaginez, quarante bains à faire tous les jours, tous les jours, tous les jours, quarante lits à faire et c'était vraiment... faire les lits, les chambres c'était toujours plein d'urine, c'était... il fallait, comment dire... il y en avait en chariots, on venait à peine de les habiller qu'elles se déshabillaient, elles hurlaient... c'était des femmes... elles hurlaient... enfin bon c'était terrible, oui c'était terrible parce qu'en moyens de communication ben c'était assez difficile parce que peu parlaient, bon celles qui parlaient bon trois il y en avait en tout, bon des malades autonomes il y en avait peut-être trois ou quatre, autrement toutes les autres c'était vraiment... [...] Alors je vous dis c'était le matin en arrivant à six heures l'odeur qui vous prenait à..., et vraiment une odeur très particulière... Donc dans cette unité de soin on avait quarante personnes, donc il y avait quarante douches à faire, quarante bains tous les matins, il fallait laver les quarante, on avait toutes les chambres à faire et tous les lits à faire, donc on lavait toutes les chambres, tous les lits, enfin bon... et ce grand couloir qui était parfois à faire,

en plus pour habiller les patientes..., c'était des patientes qui déchiraient beaucoup, les lacets on arrivait pas à en avoir... enfin bon c'était des chaussures... les chaussures comme vous savez là Aigle, en tissus... caoutchouc et tissus, comme des Palladiums, des chaussures montantes, après c'était le petit déjeuner, généralement on avait fait les lits et les chambres avant le petit déjeuner..."

De même pour Édouard : "je dirais que le côté... soins, n'était pas ignoré mais je dirais, si vous voulez, il y avait une certaine organisation, je me rappelle par exemple de l'organisation des toilettes des patients c'était le mercredi, le mercredi le malade qui nous amenait son tricot de corps pour le changer, s'il en avait un on lui en redonnait un autre bon toute cette période je dirais entre guillemets, mais je ne voudrais pas le prendre aussi fort que ça..., un peu asilaire si vous voulez où cette organisation faisait qu'on était premier d'infirmier, c'est-à-dire que c'était nous qui étions chargés des soins, on était organisés par tâches si vous voulez, et dans ce domaine l'organisation par tâches avait ses avantages parce que c'était au moins fait mais des fois c'était dommageable parce qu'il y avait peut-être quelques difficultés qui ressortaient à ce niveau, on était premier de porte, c'est-à-dire qu'on était chargés à l'époque... parce que c'était des services fermés parfois, d'ouvrir la porte, de la fermer, d'aller compter les draps parce que à la buanderie il fallait compter..."

Cette répartition par tâches impliquait une omniprésence de l'infirmier qui se devait d'être partout dans l'institution : que ce soit pour la prise en charge des patients (hygiène, soin, habillement...), leur surveillance, leur accueil mais aussi pour l'entretien des lieux, de l'environnement matériel de la vie quotidienne. Et à l'intérieur de cette multiplicité d'activités et de pratiques, il y a toujours les malades, les "bons malades" ou encore, comme on les appelait dans les services de femmes, "les chouchoutes", "les protégées", les "petites chéries", qui se doivent, eux aussi, d'agir, de s'intégrer dans la mesure du possible au bon déroulement de la journée, à la bonne tenue de la collectivité, même lorsque la maladie semble les avoir coupés de toutes relations, lorsque les "moyens de communication" apparaissent rompus...

Et cette phrase de Muriel ne fait que renforcer cette constatation : "Alors ça c'est une anecdote mais bon ça m'est resté quand même, c'est la surveillante quand elle m'a fait mon rapport de stage elle me dit : Oh vous avez eu une très bonne note, je ne vais pas dire le nom du médecin, mais parce que le médecin il vous a vu nettoyer [rires] les escaliers à grande eau [rires]. Bonne infirmière parce que je nettoyais bien, non mais c'était comme ça à l'époque ! "

Dès lors la venue des Agents des Services Hospitaliers au début des années soixante-dix va conduire à une radicale réorganisation de cette micro-société qu'était Le Vinatier.

Thierry : "c'est vrai que tout a changé aussi, tout un tas de choses a changé aussi je veux dire à partir de ce moment là et on s'est retrouvés aussi plus disponibles pour être en relation avec les patients, je veux dire dans le temps bon on faisait le soin, les patients on les côtoyait mais je veux dire on ne passait pas beaucoup de temps à dialoguer avec eux, enfin je veux dire les relations verbales étaient... elle existaient bien-sûr mais je veux dire on ne pouvait pas consacrer du temps à ça, ou le minimum parce que quand on avait fait les soins et tout le reste, vu les effectifs... les journées étaient bien remplies. Mais bon je crois que moi je n'y ai pas vécu très très longtemps, c'était quand même la fin des années soixante."

Il s'agit donc de recréer, à partir de là, une relation au patient qui ne soit plus entièrement phagocytée par des tâches domestiques et ménagères qui se faisaient de plus en plus contraignantes. C'est bien plutôt, comme pour François, cette volonté de reprise d'un dialogue et d'un échange avec le patient qui se fait jour. Dialogue qui paraissait avoir été abandonné là, du fait d'un trop plein d'activités, et qui avait fini par faire oublier l'essentiel : l'écoute, la reconnaissance et l'échange de paroles avec l'autre.

Cependant pour André : *"Il y a vingt-cinq ans en arrière on était en cadre unique, l'infirmier faisait tout, le ménage, l'infirmier, les parties hôtelières et cætera. Il a été imaginé donc dans les années soixante-huit que tout compte fait le ménage pouvait être fait par des gens fait pour faire le ménage, qu'un infirmier après tout son temps était plus du temps infirmier qu'un ouvrier accrédité [...] Ça a été un drame à l'époque parce qu'il y avait une perte..., une peur de perdre l'emploi... en disant : si on fait rentrer autant d'ASH y'aura autant d'infirmiers en moins et cætera, et puis les gens se sont rassurés, ceux qui ont goûté aux ASH, aux Agents des Services Hospitaliers, très vite ont compris l'intérêt qu'il y avait à avoir des personnes pour tout ce qui était hygiène et entretien, puis c'est devenu une réalité, c'est-à-dire qu'au niveau de l'institution il y en a en moyenne quatre par unité de soin, donc les aides soignants il y a eu le même débat : comment ils vont se situer ? "*

Mais cette transformation ne s'est pas faite sans susciter peurs, craintes, inquiétudes... Comme si les personnels de l'hôpital, et nous y reviendrons, à ses moindres frémissements, craignaient de le voir entièrement absorbé par les transformations qu'il connaît, de le voir s'abîmer dans les remous de ses propres changements : peur de la "perte", crainte de ce qui advient, doute et incertitude quant à l'inconnu. En effet, pour certains soignants la venue des Agents des Services Hospitaliers a été facteur de malaise du fait de la redéfinition qu'elle a entraînée, redéfinition des activités hospitalières, de la répartition des statuts et des rôles, donc de la place même que tient le patient et de sa prise en charge dans les enjeux relationnels de l'institution. Il s'agit de passer à un autre ordre des choses quant à la manière d'accueillir, de soigner, de penser son activité et par là d'accepter la remise en cause d'une certaine perception de la place du malade et de sa pathologie. Louis, un soignant extérieur au monde infirmier, nous a fait part de ses inquiétudes :

*"C'est-à-dire que souvent les infirmiers, mais bon qui est un corps majoritaire quand même et qui comme tout corps majoritaire est... a des vellétés un petit peu peut-être hégémoniques, je ne sais pas, à tendance à dire : n'est soignant que les infirmiers, ne sont soignants que les infirmiers hein, or ce n'est pas... non, il y a les infirmiers qui sont évidemment soignants qui sont la cheville ouvrière des soins, c'est les plus nombreux, c'est bien-sûr les plus importants, **mais il y a d'autres soignants** et dans les autres soignants il y a des soignants qui sont des para-médicaux, para-médicaux c'est-à-dire des gens dont je dirais que le travail se fait suite à une prescription médicale, donc c'est tout ce qui est..., alors c'est une classification très précise... je sais pas les orthophonistes, les kiné, les ergothérapeutes et les psychomotriciens tout ça ce sont des soignants paramédicaux, et les infirmiers bien-sûr paramédicaux et puis il y a d'autres soignants qui sont des sociaux hein, sociaux, alors ils sont soignants dans cette institution là parce que c'est une institution soignante"*

Il apparaît ici clairement que pour cette personne située à l'interstice des catégories soignant et non-soignant, mais aussi dans la nébuleuse du monde paramédical, l'infirmier semble avoir véritablement monopolisé, au détriment des autres champs d'activité, la relation au patient. On voit jusqu'à quel point la redéfinition du métier d'infirmier, par sa spécialisation dans le courant des années soixante-dix, puis, ensuite, par les mouvements de revendications de la fin des années quatre-vingt et du milieu des années quatre-vingt-dix, a pu instituer un ordre qui a su contrebalancer celui, auparavant plus prégnant, du médical.

Louis poursuit : *"Donc soignant, soignant pourquoi ? Parce que ce sont des gens qui sont directement auprès des malades et qui participent aux soins hein, à leur place mais d'une manière différente c'est-à-dire que ce ne sont pas des soins paramédicaux infirmiers, ce sont d'autres types de soins, des soins sociaux et aussi parce qu'ils sont dans une institution dont la finalité c'est le soin. [...] Souvent on a tendance à dire..., à faire coller infirmier et soignant et les autres on ne sait pas ce qu'ils sont, et en fait non les soignants c'est quelque chose de beaucoup plus large c'est les gens qui sont auprès des patients [...], c'est des gens qui sont auprès des patients qui dispensent des soins et pas forcément des soins techniques... et donc qui sont dans une institution dont la finalité c'est le soin.[...] avant c'était les médecins, la hiérarchie, maintenant il y a vraiment une hiérarchie infirmière avec la direction des soins infirmiers et alors ben... je crois qu'il y a un peu une volonté d'hégémonie de ce corps là quand même, surtout les cadres, parce qu'en plus ils... en théorie même si c'est très flou ils ne doivent pas s'occuper des sociaux donc comme ils ne peuvent pas s'en occuper et ben ils ont tendance à dire les infirmiers eux, puisque c'est le grand truc qu'on est formés au bio, socio, éducatif enfin ils peuvent tout faire, oui bien-sûr tout le monde peut tout faire...[rires] mais je crois qu'il y a aussi ça, il y a aussi une forte structuration du corps infirmier... ultra majoritaire, ce qui est tout à fait normal, et peut-être une tendance à rejeter un petit peu tout ce qui n'est pas... de la formation et pas contrôlé, je crois qu'il y a eu aussi ça, il y a eu tous ces mouvements, il me semble."*

Mixité, traitements et antipsychiatrie...

En parallèle de cette prise de pouvoir de la "hiérarchie infirmière", une multiplicité d'éléments hétérogènes a transparu dans les discours signifiant alors cette dynamique de transformation qui a traversé la psychiatrie en général et Le Vinatier en particulier. Mais notons bien que ces références apparaissaient furtivement lors des conversations afin d'étayer la remémoration et la description d'un parcours personnel, marquer le contraste entre une époque considérée comme révolue et un avenir en gestation.

Ainsi, selon Muriel, *"il y avait des médecins chefs pour les services hommes, des médecins chefs pour les services femmes et après il y avait... service, comment dire ? Il y a eu la mixité mais si vous voulez c'était une unité hommes, une unité femmes et en soixante-quatorze on a commencé à faire la mixité dans la même unité mais si vous voulez [...] vous aviez souvent deux étages et dans un étage c'était les hommes et pour l'autre les femmes, voilà... mais la salle-à-manger était commune donc pour tout ce qui était vie quotidienne c'était mélanger hommes et femmes,*

l'ergothérapie était mixte aussi alors que l'année d'avant c'était vraiment l'ergothérapie des femmes et l'ergothérapie des hommes, il n'y avait pas la mixité et puis par la suite il y a eu la mixité vraiment par étages, c'est-à-dire que ben une chambre se libérait, si une femme se présentait on mettait une femme dans... on faisait une chambre de femme on en est pas encore... non on en est pas encore là, ça je ne crois pas que ça se fera [rires] déjà que c'est pas si facile que ça à gérer la mixité dans les services de psychiatrie parce que vous vous dites que pour les patients c'est comme dans la vie courante ils ont aussi une vie sexuelle et que bon ben il faut aussi protéger les patients qui sont hospitalisés des ardeurs intempestives de certains patients... [...] La différence entre nous et les hôpitaux généraux si vous voulez c'est que nous les repas sont servis dans une salle-à-manger alors que dans un service de médecine générale c'est dans la chambre, les plateaux sont servis en chambres, si vous voulez même si il y a une chambre hommes, une chambre femmes la mixité elle existe mais... alors que nous c'est vraiment la mixité, mixité, ça pour le coup donc c'est vrai qu'il faut quand même être assez vigilant concernant tout ce qui peut se passer entre les hommes et les femmes, ça va aussi bien des rapports sexuels que des actes de violence qu'il peut y avoir éventuellement ou... enfin bon, on interdit, on fait des règlements, c'est interdit de ci, interdit de ça mais on est pas non plus derrière chaque patient et puis ils sortent dans le parc... ça on peut rien faire."

La venue de la mixité est, de ce fait, la conséquence directe de cette remise en question de la place du malade au sein de l'institution. Car, en effet, comment socialiser le patient lorsque celui-ci, à l'inverse d'une vie sociale hors les murs, se voit séparé, obligé de vivre dans un univers de ségrégation ? On voit bien ici avec quelle prudence l'idée a été acceptée et avec quel soin sa mise en œuvre a été décidée. Il faut, malgré tout, "protéger", réglementer par des interdits "de ci", "de ça", rester "vigilant", même si cette ré-union semble inévitable puisque inextricablement liée à l'exercice même de la socialité et de la vie collective. C'est aussi accepter les limites de la prise en charge, du contrôle qui peut être exercé sur les patients. En effet, comme il n'est pas possible d'être "derrière chaque patient", qu'il existe des espaces où la contrainte du regard institutionnel n'a pas la possibilité de s'exercer, il s'agit de lui reconnaître une certaine marge de liberté, une certaine intimité mais aussi une certaine capacité à échapper à l'ordre des lieux.

Cependant cette *échappée* du patient à l'ordre contraignant de l'asile n'a pu être réellement effective qu'au lendemain de la seconde guerre mondiale et plus particulièrement au début des années cinquante. C'est une véritable rupture qui s'opère alors au sein de l'institution et qui va marquer un nouveau mouvement de recomposition d'une psychiatrie française qui malgré ses échecs, ses doutes, ne renoncera pas à ce postulat présidant à sa genèse, à savoir le refus de la considération d'un malade à tout jamais retranché dans l'oubli de sa pathologie. Dès lors, la mixité étant un élément parmi d'autres de ce tournant des années cinquante, même si selon Robert; soignant aujourd'hui retraité, elle n'a été effective qu'à partir des années 72 - 73, c'est aussi la reconsidération des modes de traitement spécifiques de la maladie mentale qui, dans les témoignages que nous avons recueillis, ont permis cette importante modification.

André : *"Quand on prend les électrochocs, les électrochocs ça a été la panacée des années cinquante, miracle, miracle et tout, on guérissait les mélancoliques... donc les patients en question,*

même quand ils ne nécessitaient pas pour une partie si ils posent des problèmes... oh ben on va essayer un électrochoc quoi [sur le ton de l'ironie], il y a une forte adéquation, de proposer, en fonction de la pathologie, mais en fonction d'essayer de voir, d'essayer. Il y a eu une réaction d'antipsychiatrie qui dit : c'est dégueulasse on balance quand même des chocs électriques à travers l'individu, on sait pas les conséquences que ça peut avoir et tout... et alors le balancier est allé dans l'autre sens, dans les années quatre-vingt on s'en servait plus du tout or on s'est rendu compte qu'il y avait au moins une pathologie, c'est le cas de la mélancolie profonde où on pouvait essayer tous les traitements qu'on voulait sur un plan chimiothérapeutique et cætera, la personne elle meurt, on lui fait une série d'électrochocs, dès le premier la personne retrouve un comportement normal et c'est surprenant... les jeunes professionnels de la santé, les jeunes infirmiers en stage qui voient un mélancolique et qui le lendemain voient le mélancolique qui reçoit son premier ou deuxième choc, et puis qui retrouvent la personne normale, qui s'habille normalement, qui discute normalement, qui retrouve un équilibre, ils sont là stupéfaits. Et c'est vrai qu'il a fallu donc dédramatiser tout ça pour arriver à poser... mais ça se limite à ces quelques indications et du coup... il n'y avait plus qu'un service sur Lyon qui était à neuro qui existait... mais maintenant à l'UCPB chez Lemoine donc il y a... je sais pas... un électrochoc par semaine, et ça donne des électrochocs qui sont programmés sur des indications très précises pour un certain nombre de patients et là... c'est un peu passé de la barbarie telle qu'elle était décrite à l'indication où maintenant il y a un côté noble en définitive, on sauve la vie de quelqu'un [rires]. Ça fait partie des images fortes."

Force de ces images où l'on pratique, dans le secret des enceintes de la psychiatrie, des opérations quelque peu mystérieuses, sur le cerveau et l'esprit même des individus. Mais pratiques en même temps dont il faut déconnoter la dimension péjorative pour en montrer les avantages thérapeutiques, en affirmer les conséquences étiologiques.

Au demeurant, pour les personnels qui ont vécu cette époque, la chimiothérapie apparaît comme la marque réelle d'un véritable changement.

Ainsi, pour Adrien, "C'était plus humain [...] et la modification était telle qu'à la sortie du traitement, il fallait qu'on organise quelque chose pour que la relation soit différente."

Ou encore Eugène, "Donc ça a aidé quand même beaucoup, parce que les neuroleptiques ont permis de faire tomber l'agitation, de... d'atténuer beaucoup la violence, de changer les comportements quoi. Et donc même si c'est pas une fin en soi, de changer le comportement de quelqu'un, c'est quand même rendre un terrain favorable pour entrer en relation avec lui [...] A partir du moment où il y a des traitements médicaux le malade on peut mieux discuter avec lui, changer son traitement, et pour le personnel le fait de changer un traitement ou d'instituer un traitement médical, en donnant des cachets en convainquant le malade qu'il fallait qu'il prenne des médicaments c'est quand même plus agréable à vivre que de le punir, ou de restreindre sa liberté, quoi..."

Cependant l'arrivée des neuroleptiques, si elle a contribué à considérablement modifier les rapports entre malades et soignants a aussi, dans cet élan où le soin pouvait enfin être espéré, eu des incidences quant aux échecs qu'elle ne pouvait surmonter. Lucien nous explique, à ce sujet, que face à ces nouveaux espoirs de guérison, l'inéluctable, la rechute amenaient le personnel à rejeter sur le malade les raisons de cet insuccès. La faute ne pouvait être imputée qu'au patient, l'infirmier et le médecin, eux, avaient forcément

bien diagnostiqué, déterminé le bon médicament devant être administré et si la guérison, tant attendue n'arrivait pas son absence était perçue, selon Lucien, comme due au seul malade. Il était "*un salaud*" que l'on excluait alors du pavillon, pour le punir de son manque de coopération et "*il dormait dehors*". Dès lors c'est par la confrontation aux limites de traitements qui se voulaient infailibles que le malade récalcitrant pouvait éprouver le franchissement d'un seuil, qui cependant le confinait toujours dans les frontières étroites de l'institution : être *au-dehors* mais toujours dans l'*en-dedans*.

Mais revenons aux personnels qui n'ont pas vécu cette époque mais qui restent conscients de ses répercussions sur la psychiatrie d'aujourd'hui.

Pour André : "*C'est toujours pareil, faut qu'on arrive dans des situations un peu... la lobotomie, les électrochocs, tous les trucs barbares de l'époque c'était au moment où on cherchait des solutions à des situations catastrophiques et où il n'y avait pas de médicaments quoi, ou quasiment pas, parce que après la deuxième guerre mondiale à part le Gardénal... il y avait quasiment rien, après avec le Largactil c'est vrai qu'il y a eu une évolution, à partir des années cinquante-cinq à soixante-dix sur le plan chimiothérapique il y a eu une évolution qui était fantastique*".

Dans ce prolongement, Sylvain : "*Je crois que le plus important de l'histoire... enfin j'étais même pas né, c'est l'arrivée des médicaments c'est sûr,..., et puis la nouvelle génération de médicaments qu'on a depuis trois ans qui ont quand même des effets qui sont... qui peuvent être spectaculaires chez des gens pour qui on avait baissé les bras, donc ça c'est... pas pour les arriérés, mais pour les personnes schizoéphrènes, pour certaines formes de schizoéphrénie pour lesquelles, enfin je connais plusieurs personnes qui étaient perpétuellement délirantes avec des hallucinations visuelles, auditives, au niveau du corps des sensations totalement désagréables et pour qui la vie était un enfer tous les jours et il y a eu une génération de médicaments qui est arrivée là en quatre-vingt-treize je crois les premiers, et là il y en a eu deux autres qui peuvent avoir des effets qui sont effectivement spectaculaires, qui peuvent permettre d'envisager un retour... sur l'extérieur de l'hôpital alors que c'est des gens on disait qu'ils allaient mourir ici, ça ça a été important. Qu'est-ce-que... ? Ce qui a été très important aussi je crois que c'est pour moi... c'est... comment expliquer ça... c'est la prise en compte de... enfin une importance de tout ce qui tourne autour de l'éthique, et du respect du malade je crois que ça ça a bouleversé... mais bon peut-être que tout est lié aussi je sais pas, mais ça ça a bouleversé pas mal de choses parce que le malade n'est plus considéré comme quelqu'un qui doit obéir mais **c'est quelqu'un qu'on doit entendre et qu'on doit accompagner, qui n'a pas forcément... qui n'a pas forcément tort.***"

Dès lors les découvertes en chimiothérapie, ainsi que l'usage des neuroleptiques, ont permis, corrélativement à une certaine ouverture de l'institution sur la société, de dépasser l'aspect négatif qui entourait le monde psychiatrique. Pour de nombreux soignants, les neuroleptiques ont contribué à arracher les patients de leurs pathologies et de les réinscrire par là dans une dynamique sociale. On peut aussi penser qu'ils ont participé à une certaine mise à distance vis à vis du corps du malade. Les électrochocs, la lobotomie et dans une certaine mesure l'insulinothérapie, étaient des modes de soin qui *agissaient* directement et de façon spectaculaire sur le corps et plus particulièrement sur le cerveau même du sujet. Ablations, chocs électriques, comas..., autant de situations qui

frappent l'imaginaire par la manière dont elles touchent la matérialité et la réalité même de l'individu, que l'on peut ainsi blesser ou couper artificiellement et radicalement de son environnement (la situation de coma en est un bon exemple). D'une certaine manière, le Largactil, célèbre neuroleptique, traduit un mode de soin que l'on pourrait qualifier de *propre*, présentable car si son effet est visible il n'en demeure pas moins nettement plus discret que les modes de soin précédemment cités. Mais cette discrétion le rattache aussi à cette suspicion qui entoure aussitôt la moindre pratique thérapeutique ; secret de ces potions abrutissantes (la *camisole chimique* tant décriée par les antipsychiatres...), de ces breuvages et pilules inconnus que l'infirmier-gardien administre de force ou injecte subrepticement. Mais aussi, remèdes miracles aux pouvoirs de transformation et de contention. Ainsi, comme nous l'a dit Éliane, "*la violence a beaucoup diminué quand les neuroleptiques sont arrivés.*".

Mais si les neuroleptiques ont concouru à faire entrer la psychiatrie dans un processus de compréhension et de relation différentes au malade, c'est tout un ensemble de pratiques et de techniques nouvelles qui simultanément ont aidé à cette modification. Les infirmiers-gardiens de l'avant-guerre vont progressivement laisser la place à de nouveaux personnels qui, eux, seront formés à la psychiatrie. En 1955, comme l'a indiqué Eugène, une formation de 60 heures de cours annuels, comprenant un enseignement plus ou moins général, mais aussi des leçons de pharmacologie, d'hygiène ainsi qu'une sensibilisation aux aspects juridiques et administratifs de leur profession, est mise en place et amène à la création d'un diplôme d'infirmier régional. De même, Émile a indiqué l'importance de l'émergence des CEMEA ou Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active, qui ont participé de cette formation des personnels aux nouvelles techniques de prise en charge des patients. Le malade n'est plus abandonné à l'errance ou contraint aux corvées quotidiennes, il n'est plus soumis à une attente sans résolution dans un monde régulier et hyper-organisé. Dès lors le personnel ne fait plus du gardiennage mais remplit sa fonction de soignant et se trouve engagé *avec* le patient dans une dynamique de soin.

L'institution tout entière traversée par ces modifications va alors, petit à petit, se transformer, se reconfigurer à la lumière de ces nouvelles préoccupations. Un véritable "*travail de défrichage social*" va, selon Émile, être entamé. Celui-ci se matérialise par un recours à l'écriture et à l'archivage qui a pour ambition de réintégrer le patient dans son histoire, d'en identifier sa sociabilité, son origine, sa généalogie. Même si cet effort de reconstruction court le risque de renouer avec les tentations classificatoires de l'asile, il n'en demeure pas moins que ces soucis de recontextualisation et de mise en relation de l'existence du patient ont aussi permis de lui reconnaître une singularité et une temporalité. Il n'est plus seulement un être parmi les autres, même si le traitement général de l'institution psychiatrique implique de par sa nature même une collectivisation, il est aussi un existant social doté d'un passé, d'un présent et d'un avenir fait de possibles. Notons dans ce prolongement l'exemple frappant que donne Émile à propos de l'horloge de l'hôpital. Celle-ci, dans les années cinquante et après une longue période de silence, a

été remise en route et cela dans l'optique de redonner à tous la conscience commune de l'écoulement du temps comme pour rompre avec cette atemporalité de l'asile où la folie était laissée à la dérive d'une perpétuelle absence à elle-même. Là aussi le symbole peut être interprété de deux façons opposées. Certes, il peut être vu comme le retour d'une scansion autoritaire du temps contribuant par là à une nouvelle mise en ordre intransigeante et impérative de la collectivité mais aussi il peut être pensé comme cette reprise d'une sociabilité par le partage et la reconnaissance d'un espace rythmé par la participation à un temps commun.

De la même façon, cette "*humanisation*" de l'univers psychiatrique, comme beaucoup l'on nommée, a amené les personnels et les malades à nouer de nouvelles relations autour d'événements qui se voulaient le ciment d'une participation différente à la collectivité. Ainsi de nombreuses fêtes vont, au lendemain de la guerre, ponctuer le quotidien du Vinatier afin de créer de nouveaux espaces de vie plus festifs. Il fallait "*passer à autre chose*", et Noël, Pâques, la fête lyonnaise du 8 décembre, mais aussi les kermesses en été, les bals au sein des services, les rencontres sportives, les cours de peinture, de cuisine, de couture... contribuaient à réenchanter le lieu, à inventer, selon le mot d'Émile, une "*présence*" et à solder les comptes d'une attitude passéiste que l'on voulait alors contrer par une remise en mouvement de tous ceux concernés par la réalité hospitalière. Émile encore : "*Moi j'avais une de mes patientes qui était de milieu modeste mais qui avait suivi un peu les cours de danse. Le matin elle avait sa cure de Sakel et l'après-midi elle répétait et elle dansait.*"

Cet ensemble de mouvements a permis de lier l'hôpital à la ville, à l'extérieur et cela d'une part par l'intermédiaire de sorties occasionnelles ou annuelles (excursion en Ardèche, en Savoie, camps de vacances) et, d'autre part par l'entrée d'intervenants extérieurs à l'univers psychiatrique (projection de films au sein de l'hôpital par la Jeunesse Ouvrière Catholique, présentation par des artistes peintres, sculpteurs, musiciens... de leurs savoirs-faire...). Cependant la constitution de cet échange avec l'extérieur se fait très progressivement Comme l'a indiqué Lucien, "*C'est pour ça qu'il fallait violer la loi, il fallait violer tout le monde, avec les risques qu'on encourait*". Amandine explique aussi que les rares premières sorties étaient difficiles à obtenir et nécessitaient des autorisations particulières, et qu'elles se faisaient à l'entière responsabilité du soignant. De fait, le personnel n'était pas toujours réceptif à ces nouvelles formes de thérapies et se montrait même souvent réticent quant à la remise en question des habitudes que ces sorties impliquaient dans leur travail quotidien. Les descriptions de ces excursions hors le Vinatier, dont les comptes-rendus peuvent être lus dans le bulletin mensuel *L'information* de l'époque, montrent bien du reste à quel point les patient mais aussi les soignants-accompagnateurs les vivaient comme de véritables expéditions dans des contrées étranges et étrangères, soumises à des lois différentes de celles de l'asile, lois faites de mouvements incessants, de rythmes effrénés, d'imprévus multiples et continuels où le simple franchissement d'une route devenait l'enjeu d'une confrontation terrible (voir par exemple le récit d'un patient de son équipée à Lyon dans le numéro 36 de novembre 1962.)

Enfin, l'essai thérapeutique de l'ergothérapie, mais aussi la généralisation de cette rétribution financière pour le patient qu'était le pécule marquait ce désir de resocialisation du malade par la recreation d'une vie économique. Le travail comme occupation, mais aussi comme moyen de désaliénation, l'argent comme récompense mais aussi comme moyen d'indépendance financière et sociale du patient. Travail, argent... tels sont les fondements d'une reconnaissance du malade à sa participation dans la vie collective et aux échanges de ce décalque de société que se voulait être l'institution. Pour Adrien ce choix d'inscription économique tendait à "*revaloriser les individus*", à "*les aider à se tirer d'affaire*". Les lignes de ce *credo* sont ainsi lumineuses : la valeur du travail et la valeur de l'argent comme miroir de la valeur de soi. Mais avec l'ergothérapie c'est la sectorisation, entamée dans les années soixante et véritablement mise en place dans les années soixante-dix, qui a contribué à la modification et à la redéfinition de la place de l'hôpital psychiatrique dans la société contemporaine. Modification qui se poursuit aujourd'hui et qui continue de tramer la réalité hospitalière.

A la suite des années soixante qui ont vu se modifier l'institution psychiatrique ce sont les années soixante-dix qui sont invoquées, par les personnels rencontrés, comme autre période de bouleversement et de remise en question.

Ainsi Muriel nous dit : "*Et puis alors c'était une période aussi soixante-dix, soixante et onze, soixante-douze, soixante-treize vous savez c'était peu après soixante-huit, alors il y avait toute cette période qu'on a eue, c'était se tutoyer, les patients, les infirmiers, tout le monde..., les infirmiers avaient même enlevé la blouse... enfin bon c'était... c'était utopique parce que franchement il y a des hôpitaux où ça s'est cassé la figure d'ailleurs [...] un malade c'est un malade, il a besoin de repères, de cadres, de toute façon on sera jamais pareils, nous on est payés pour être ici, eux ils paient pour être là. [...] Ils sont là pour se soigner alors que nous on est là pour les soigner donc... je pense que ça on se trompait complètement, mais c'était une période, c'est des modes. [...] Mais je pense que ça a permis d'évoluer, non ça a permis une évolution qui était nécessaire, mais on allait peut-être un peu trop loin quoi, dans la réforme.*"

De même pour André : "*Et je crois que le courant antipsychiatrique... même si maintenant a posteriori il est renvoyé aux calanques... [rires], a été porteur, a été positif, ça a remis en place un questionnement, ça a réinstauré aussi une image du malade mental en tant qu'acteur, en tant qu'individu quoi. Bon... c'est pas rien hein [rires] Même en France entre soixante et onze et soixante-seize en gros, pour la région lyonnaise, j'ai connu des situations... oui mais c'était dans le côté d'opposition soixante-huitarde mais c'était dans le bon sens du terme, je le dis pas de façon péjorative, il y a eu des exagérations [...] Mais c'est des espèces de passages obligatoires, il y a un côté un peu fou [rires] de la psychiatrie, c'est un peu folie contre folie, c'est ça qui est à noter de cette émergence, que vingt ans après je qualifie de positive même s'il y a eu des exactions, des débordements, ça c'est..., dans tout mouvement de balancier c'est comme ça. [...] à partir des années soixante-dix à quatre-vingt il y a eu tout le courant antipsychiatrique, il y a eu après tout plein de variantes, il y a eu le courant comportemental, il y a eu des adaptations ou autres où là oui on travaillait plus sur le comportement, les relations humaines et cætera et maintenant on en arrive à... en définitive ben cet individu fait partie du..., c'est le maillon sur le plan social à un endroit*

donné : comment on fait pour qu'il reste bien à l'endroit..., enfin à l'endroit où il est, qu'il reste bien dans la chaîne sociale qui est la sienne, le mieux intégré possible, sans tomber dans les excès italiens, parce que c'est vrai qu'on peut fermer les hôpitaux psychiatriques mais si c'est pour retrouver les patients en question en prison ou dans la rue, dans des situations déplorables..."

Ainsi lorsque les soignants ont abordé la question de l'antipsychiatrie, c'est toujours en la nuancant, en la présentant comme l'exacerbation d'un mouvement de remise en question de la logique asilaire, mais qui a pris ses racines bien plus tôt, dès les lendemains de la seconde guerre mondiale.

De fait, ce sont souvent des références emblématiques qui sont mobilisées pour concrétiser toute la teneur subversive et un peu naïve qui, selon eux, marquait cette période.

André poursuit à ce sujet : *"c'est vrai que sur le plan ciné aussi il y a eu beaucoup de choses même si les premières références c'était peut-être pas les meilleures... Je pense à "Vol au dessus d'un nid de coucou", en même temps il y a eu cet élan de curiosité un peu malsaine du public, et le... sur le mode où c'était traité c'était vécu comme étant quelque chose d'exagéré aussi, et c'est vrai que ça a quand même été..., c'est un film qui a été charnière quand même."*

De même Stéphane se réfère au célèbre film de Milos Forman : *"Oui mais c'est très bien je veux dire, ça montre... mais c'est tellement gros, vraiment on rigole quoi... Moi c'est un film qui m'a fait beaucoup rire quoi, vraiment énormément rire, donc bon..."*

Pour finir, selon Éliane, cette conjonction d'éléments qu'ont été la mixité, les nouvelles formes de thérapies, les neuroleptiques, mais aussi les courants contestataires qui ont bousculé la connaissance psychiatrique ont contribué à achever toute une période asilaire de l'hôpital et à une reconnaissance du malade en tant qu'individu : *"comme je leur dis à tous : l'asile, c'est bien fini..."*

*"Que le rêve de l'un et la réalité
De l'autre soient présents bientôt dans la cité."
(extrait de L'Asile de Robert Desnos)*

L'HÉRITAGE DE L'ESPACE

Certes, *l'asile est bien fini...* Pourtant une trace persiste. Une trace qui réside dans l'éclatante visibilité de ce qu'il a légué comme héritage le plus tangible, à savoir son espace. Et outre cette géographie si particulière d'horizontalité, dont nous avons précédemment parlée, c'est ainsi une omniprésence de la nature qui ne cesse de combler le moindre interstice entre les services, de couvrir par de grandes étendues l'ensemble de la superficie du Vinatier. Parcs, bois, prairies... aplats de verdure qui littéralement sautent au regard du visiteur, mais aussi espaces secrets, cachés à l'ombre de gigantesques arbres qui semblent être là depuis toujours. Comme l'a écrit Vincent Véry dans sa métaphore insulaire de l'hôpital, "c'est un immense espace où se dressent des arbres majestueux, des sapins, des hêtres pourpres aussi hauts que les cèdres et sous lesquels s'étend, en été, un tapis de fraises des bois. Au centre de l'île est conservé le sanctuaire historique formé de bâtiments à l'austérité claustrale, immuables, disposés symétriquement autour de la chapelle au toit multicolore." (1995 : p. 60). Mais cet espace s'il s'impose est aussi quotidiennement parcouru et signifié par ceux qui le côtoient, en l'occurrence, ici, par ceux qui viennent y travailler.

L'hôpital comme cadre de vie

Jeanne : *"C'est bien et puis on a la chance d'avoir de la verdure, c'est rare hein, c'est rare. Oh oui c'est agréable, c'est agréable de travailler ici hein, si si, pas tout le monde n'a ce privilège, moi je regarde par la fenêtre je vois du vert, j'entends pas de bruit c'est vrai... Et puis je ne sais pas si il y a beaucoup d'hôpitaux qui ont ça."*

Anne : *"Oh oui moi je pense que c'est hyper important... cette verdure, ces grands arbres..., moi je me rappelle quand j'étais dans des services où il y avait des petites mamies et ben le dimanche matin, enfin quand j'étais élève, on avait le temps on allait les promener dans le parc, moi je veux dire c'est des côtés qui étaient... enfin bon que je trouvais très bien..., quand on voit HEH qui est tout serré, on ne peut pas circuler bon... je trouve que c'est génial d'avoir un grand parc..."*

Jean : *"Le cadre de travail, très agréable. Ça sort du béton.[...] C'est quand même plus agréable de travailler en voyant de l'herbe, des arbres, des oiseaux que du béton, des bagnoles, on est moins stressé, ça permet de se vider la tête quelques minutes par jour."*

Jacques : *"c'est vrai que on est au Vinatier on a l'impression d'être à la campagne, on sort du Vinatier nous sommes en ville, c'est très agréable et c'est pratique. Ah oui, de toute façon on se bat beaucoup pour conserver un peu cet hôpital dans l'état"*

Cadre "agréable" de travail, donc, ainsi que lieu de préservation, lieu à-part, coupé du flux incessant de la cité, du mouvement continu de ses "bagnoles", de l'urgence de la ville, mais aussi univers de l'entre-deux, situé quelque part entre son passé asilaire et agreste et sa contemporanéité urbaine et sectorisée. Il est à noter que lors des entretiens tous les personnels, qu'ils soient soignants ou non-soignants ont insisté sur la manière dont l'hôpital du Vinatier contraste avec l'ensemble des autres centres hospitaliers lyonnais du fait même de cette prégnance des espaces verts.

Solange : *"Oui, alors non seulement c'est important pour les patients, bon ici c'est vraiment la ville, c'est important pour ces patients, mais c'est aussi important pour le personnel même si tous les jours on ne se rend pas compte que l'on est dans un cadre idyllique... parce que les*

personnes qui travaillent en ville je veux dire... elles ont le bruit, la nuisance des voitures, c'est exigü tout ça..., ici on a la chance d'être dans un parc... Même si on y pense pas tous les jours mais je veux dire psychiquement je veux dire on est dans un cadre paisible donc c'est important quelque part."

Anne : *"Bon mais en même temps c'est bien d'être loin parce qu'il y avait plus de verdure, parce qu'on est tranquille et qu'on peut se balader dans le parc, et qu'ils aiment bien, nous on a des patients qui adorent entre midi et deux... ils font tout le parc, ils vont donner à manger aux chèvres, ils vont boire leur café à la cafet', ils vont faire un tour, ils vont ramasser les cerises, bon ils font plein de trucs comme ça, bon c'est..."*

Cyril : *"Pour les malades oui je trouve que c'est très bien, pour nous aussi... pour le personnel aussi, c'est sûr que c'est plus agréable de travailler dans un cadre, dans un cadre vert j'allais dire que si on travaillait mettons à Grange Blanche où les bâtiments sont vachement serrés, les uns sur les autres, ça fait un petit peu plus usine..."*

Dans l'investissement de ce lieu, on le voit, le patient n'est pas oublié. Pour le personnel, il est aussi ce qui justifie la nécessité de la configuration actuelle du Vinatier. En se présentant comme *co-occupants* d'un même espace de vie, il s'agit de mettre en avant, pour eux, l'importance et la singularité d'un *lieu-commun* qui se voudrait en permanence partagé.

Jacques : *"Les gens qui viennent se faire soigner ici ils restent des fois plus longtemps que... bon pour une appendicite on reste huit-dix jours mais c'est vrai que des fois ça peut durer... une dépression peut durer un mois voire deux mois, donc c'est pour ça qu'il y a des bêtes, de grandes prairies pour qu'ils aient cette impression de calme, c'est surtout ça quoi... [...] mais enfin c'est très important, c'est surtout un repère, d'ailleurs le plan que vous voyiez là derrière c'était prévu de faire des saisons, c'était pour faire des repères, vous voyez y'a de la vigne, des graminés, **on voulait mettre du blé des choses comme ça pour que les gens aient un repère dans les saisons** [Nous : Un rythme ?] voilà, tout à fait, le labour, les semailles, les récoltes vous voyez."*

Bernard : *"Il faut garder un espace, enfin j'imagine pour les gens qui passent une partie de leur vie, ou leur vie ici... là on ne fait pas le tour en cinq minutes quoi, on explore pas en une journée, ça permet quand même de..., c'est important qu'il y ait un peu d'espace je crois... pour moi."*

Édouard : *"Je dirais qu'effectivement quand on bénéficie d'un tel lieu avec de la verdure et cætera, d'une part c'est un confort déjà effectivement sur le plan des personnels je dirais, mais aussi on voit que les patients peuvent y retrouver un certain agrément je dirais, c'est-à-dire que si c'était par exemple pour donner une image, il y a un bâtiment comme Grange-Blanche par exemple, les gens sont confrontés ne serait-ce que quand ils sortent de leur lit d'hospitalisation pour aller chercher leur journal au kiosque le plus proche et ils se retrouvent dans l'encombrement des voitures et cætera donc c'est peut-être aussi quelque part un lieu qui peut être plus serein je dirais"*

Ainsi il s'agit de bien mettre en avant ce qui caractérise le fait que cet hôpital est un lieu *à-part*, qu'il n'est pas un hôpital comme un autre. En effet, le Vinatier est un hôpital *psychiatrique* qui se doit donc de prendre en charge, d'accueillir, une catégorie de malades qui eux aussi ne sont pas des malades comme les autres. Touchés dans leur raison même, il s'agit, selon les personnels, de les préserver, de les protéger, de les encadrer tout en les remplaçant, par l'intermédiaire du monde harmonieux de la nature, dans le grand ordre des choses. Et nous voyons là à quel point cette conception de l'hôpital comme lieu protégé donc nécessairement restructurant, *soignant*, trame la conception qu'ont les personnels de la place qu'il occupe dans la société d'aujourd'hui.

Louis : *"Moi je crois, je suis de ceux... je suis pas le seul, qui pensent que l'espace est thérapeutique, alors je sais pas si on peut le dire comme ça ! C'est-à-dire que je pense que... [...] j'ai travaillé longtemps dans ces services dits de suite, enfin d'enfants dits de suite, je pense que un*

espace protégé de l'extérieur c'est-à-dire qu'il y a quand même le poste de garde des choses comme ça..., permet que l'on donne une certaine liberté à des patients, il y a des patients qui peuvent déambuler dans cet espace, que si il n'existait pas ces patients seraient fermés, seraient fermés dans les services. Je pense que de ce point de vue là l'espace lui-même est un outil de soin, enfin une thérapeutique. Il y a plein de patients qui peuvent se balader sur la pelouse chose comme ça, et s'il n'y avait pas ça et bien ils ne pourraient pas aller dehors, ils sont interdits d'extérieur alors que là **ça a reconstitué un extérieur** quand même, c'est très important, moi je crois que c'est, c'est vraiment un truc... alors bon est-ce qu'il faut cent hectares, quelque chose comme ça ? Mais je pense que c'est important qu'il y ait cet espace, mais on voit qu'il y en a plein comme ça des gens qui déambulent, qu'on voit ça, mais ça aussi ça fait partie de la maladie mentale, de la psychose. [...] Leurs circuits ce sont toujours les mêmes, je crois que les patients comme ça ont beaucoup besoin d'espace, de déambulation, de pouvoir en rencontrer d'autres... [...] Je pense que c'est important qu'il soit conservé. Je pense qu'il y a des limites... faut que ça reste dans des... c'est d'accord qu'on ne voit plus... qu'il n'y a plus des champs de blé et tout ça, mais je pense qu'il y a un moment il ne faut plus y toucher quoi, il y a un seuil qui à mon avis n'est pas loin d'être atteint d'incompressibilité."

Laurence : "Tout est plat. Ah oui, ah oui moi je trouve que les patients sont..., **c'est l'enfermement** hein vous avez vu il faut une clef pour entrer et si en plus en face il y a pas d'air c'est pas possible je pense"

Olivier : "Si on enlève de l'espace on retrouve l'agressivité des malades, mais quand je dis agressivité c'est que ce soit suicide, agressivité envers autrui ou... le truc en général, c'est..., de toute façon il y a des patients qui sont là pour un an, deux ans, trois ans, il y en a ils sont là pour leur vie c'est vachement important d'avoir un parc, important parce que à part les quelques sorties qu'ils peuvent faire avec un infirmier ou avec... et bien **c'est les seules balades qu'ils font**, parce qu'il ne faut pas oublier qu'il y a des patients je suis persuadé qu'ils n'ont plus de familles, qui ne sortent plus ou une fois de temps en temps mais bon... et ben c'est quoi leur univers, actuellement ? , c'est d'aller voir les chèvres, d'aller voir les biches"

Ces discours laissent transparaître cette ambiguïté qui semble inhérente à la territorialité même de l'espace psychiatrique et plus particulièrement du Vinatier : à la fois espace thérapeutique et contrepoids à l'enfermement. Le temps de la folie serait celui de la durée, du long terme, de l'étirement indéfini auquel semble répondre, comme en écho, un espace tout entier ouvert rendant possible la *déambulation* du malade, ce labyrinthe horizontal d'errance perpétuel dont Deleuze parle à propos de Borgès. Contrer l'enfermement subjectif mais aussi sa violence contenue, et dont l'exemple du psychotique semble le plus criant - "ils n'ont pas le même espace/temps que nous et c'est pour ça qu'ils ont besoin d'espace" nous a dit un jour un soignant - , par le mouvement dans le lieu, par l'acte de déplacement, de *délocalisation*, comme si ce geste même autorisait la relation à l'autre. Mais en même temps, contrer l'enfermement tout court, l'omniprésence de la "clef", des symboles de contention par la recreation d'un extérieur, d'un monde de flânerie perpétuelle qui *ferait comme si* pour le patient rien n'avait changé, recréer de l'extériorité, à l'image de ce qu'il y a là-bas, au *dehors*, de l'extérieur à l'intérieur, être à la fois dedans tout en étant dehors, à la limite de la limite pour reprendre la belle image de Michel Foucault du *Stultifera navis* où le fou se voit perpétuellement retenu "sur le lieu du passage" (1972 : p. 22).

Reprenons ce dialogue entre deux personnels non-soignants, Philippe et Daniel :

Philippe : -"Tout en étant conscient qu'on travaille on ne se croirait pas au boulot, le beau temps, plein d'arbres, plein d'espaces verts c'est super, moi je préfère ça, j'aime bien.

Daniel - En plus on est dehors on voit par rapport aux autres hôpitaux, c'est ça qui est bien.

Philippe - Comme Edouard-Herriot c'est vraiment la zone, et puis c'est le béton, si tu sors c'est pour aller sur le parking. Si c'est important, c'est bien. Déjà je suis le gars qui n'aime pas travailler et être enfermé, un métier enfermé c'est pas mon truc. [...] Ici c'est bien ici, si on me prend la tête je vais voir plus loin.

Daniel - Pour les patients la nature c'est quand même plus respirable, c'est ce que je pense.

Philippe - On m'a raconté qu'avant le Vinatier c'était le même principe que le cendrier, tu avais tous les malades et autour des murs de quatre mètres, attends tu imagines le travail, c'est sûr qu'il leur faut des espaces verts, c'est sûr qu'il leur faut cette place là, mais imaginez vous qu'ils n'aient pas d'espaces verts, qu'ils n'aient que leurs murs, que le béton, déjà je les regarde et je me dis : mais comment, comment ils arrivent... à rester là, bon **c'est vrai qu'ils sont patients**, mais comment ils y arrivent, c'est pas eux tous qui sont fous, c'est pas eux tous qui comprennent pas, alors tu te demandes comment ils y arrivent, la dernière fois j'ai demandé à une dame, parce qu'elle parle bien avec moi, j'ai dit : mais vous devez vous ennuyer, elle elle me fait : Ah je m'ennuie jamais je ne fais que lire... alors bon celui qui lit pas et qui a un petit carré grand comme ça il fait quoi ? il reste dans son carré 24 heures sur 24. [...] **C'est obligé d'être fermé mais avec la place qu'il y a on ne s'en rend pas compte, on s'en rend moins compte parce que c'est grand.**"

"on s'en rend moins compte parce que c'est grand.". Immensité qui donne le temps d'attendre, la patience des patients, parce que "c'est vrai qu'ils sont patients", comme si leur statut même de malade finissait par condenser leur relation toute entière au temps et à l'espace, au monde en général. Un monde de verdure pour "respirer", même si le temps du "cendrier" n'est pas si loin, celui des murs et des cours qui encerclaient les malades.

Luc : "Alors il y a, il y a... l'histoire du Vinatier qui rentre en ligne de compte et... son évolution actuelle naturellement entre les... entre le moment où ça a été conçu et le moment où... et aujourd'hui où on s'en sert... il peut apparaître un décalage. Il est bien évident qu'à l'époque... c'était l'asile, c'était donc entièrement clos, ça l'est toujours mais enfin on a plus cette notion de..., d'enfermement, donc pourquoi est-ce qu'il y avait de grands espaces verts à l'époque ?... je suppose hein, c'est-à-dire que comme les malades ne sortaient jamais il fallait quand même qu'ils aient de l'espace, qu'ils puissent éventuellement s'évader, qu'ils puissent se promener, qu'on puisse les promener donc y'avait donc de grands espaces verts, c'était... c'était... et **on était sûr au moins que même si on les perdait ils étaient dans un espace**, on les retrouvait à moins qu'ils sautent le mur ce qui était possible... mais c'était un peu donc la ville et la campagne je pense... je suis pas dans la tête ni dans la philosophie de ceux qui ont conçu mais enfin j'y réfléchi un petit peu, c'était ça qui était nécessaire." François : "J'en pense ce qu'en pense tout le monde c'est-à-dire que c'était mettre les gens au vert en dehors de la ville parce que Vinatier c'était quand même en dehors de Lyon, c'est pas très loin de Bron mais enfin c'était un espace clos avec des murs que vous avez pu voir qui ont été abattus, nous avons abattu des murs ici, Balvet est célèbre pour avoir fait sauter les murs de la troisième homme. [...] C'est vrai que c'était un asile au sens positif du terme, de l'accueil oui et puis c'est vrai que ce n'était pas si mal de les sortir de leurs familles parce que les familles c'est pas les familles qui créent les psychoses mais elles les aggravent les psychoses [...] bon c'est vrai que ce n'était pas si mal qu'ils soient un peu coupés de leurs familles mais coupés définitivement... une femme qui avait un enfant, qui mettait au monde un enfant et qui ne le revoyait qu'au bout de vingt ans c'était particulier..."

On retrouve encore, ici, ce poids de l'histoire, de l'héritage asilaire et de son utopie d'accueil et de transformation où l'espace, et plus particulièrement la nature, pouvait servir de transition entre le monde du dehors et celui, artificiel, d'un dedans de l'hôpital. Il fallait séparer, couper l'homme de son environnement premier mais sans le traumatiser, sans causer en lui d'irréparables déchirures. Il fallait l'accueillir dans un lieu nouveau sans pour autant le "perdre" et cela en lui reconnaissant une existence nouvelle, l'accession à un nouveau statut, celui de patient.

L'entaille

Stéphane : "Oui, oui oui tous les hôpitaux psychiatrique sont construits sur le même modèle [...] avec beaucoup d'espaces, c'est toujours la campagne, les fous on les met à la campagne [sur le ton de l'ironie] et toujours fermé, oui bien-sûr, toujours fermé avec une autoroute, un train ou un truc autour pour pouvoir se suicider plus facilement [sourire]. Oui eh bien c'est pareil ça faisait partie du traitement avant, c'était...[...] mais c'est vrai que ça peut être important dans sa dimension de repos peut-être, c'est peut être ça qui me vient à l'esprit, une dimension de repos mais... je sais pas si ça a un rôle par rapport... ça peut être même très angoissant pour les malades hein, avoir un grand espace comme ça, je sais pas trop, je sais pas trop. [...] on construit vous avez vu, on diminue l'espace, on vend, bon voilà. [...] Oh moi je suis assez conservateur, je trouve ça assez triste mais enfin bon en même temps il faut bien évoluer hein, bien évoluer... [...] donc bon **on perd un peu de patrimoine mais...**"

Et ce sentiment de *perte*, d'atteinte portée à la matérialité même de l'hôpital est une idée que nous avons rencontrée dans pratiquement tous les discours. L'espace du Vinatier, ce qui l'inscrit dans une histoire, serait, selon une majorité d'entretenus, comme menacé, mis en danger...

André : "Je pense que le cadre de vie je veux dire il joue pour tout le monde donc... je veux dire au niveau des soins dans la psychiatrie [...] avoir un environnement je dirais... relativement calme, où on peut se balader sans être bousculé par les bagnoles et cætera, c'est sûr que c'est important, c'est important pour tout un chacun donc... pour les patients qui peuvent sortir... c'est très souvent qu'on les voit en train de se balader dans le parc tranquillement, pour des gens qui ont besoin de se retrouver, de faire le point, avoir un espace et un espace suffisant et de qualité. Moi je trouve ça très bien, à préserver, pas dans le sens de l'enfermement mais dans le sens de la tranquillité et puis **des dangers qui nous guettent**, des promoteurs qui nous demandent d'acheter toujours un petit bout sur un petit coin... Jusqu'à maintenant... vous savez le parc au début faisait je crois que c'était cent dix hectares, autour de quatre-vingt-dix puis il est tombé à quatre-vingt, neuro-cardio, le boulevard de ceinture se sont construits dessus, maintenant il y a l'hôpital mère-enfant, le CNRS, de l'autre côté ils en prennent une partie pour faire le tram', petit à petit on passe de cent-dix à quatre-vingt et peut-être un peu moins avec le tram'... ouais je crois qu'il faut bien préserver l'espace qui reste."

Bernard : "C'est sûr que c'est un petit peu, c'est un contexte un peu privilégié c'est sûr, au cœur de Lyon enfin... nous on se régale, quinze ans ou vingt ans après... lorsque le mois de mai arrive ou même l'automne par exemple... enfin je pense qu'on est nombreux à se régaler les yeux, c'est quand même privilégié je pense, on se rend compte de ça, on essaie de... lorsqu'on entend parler qu'une partie du Vina... enfin des parcelles qui vont être cédées **ça nous fait un petit peu comme si on nous prenait à nous quoi**, c'est vrai que je pense que c'est une bonne chose... Je vis en ville et là c'est un petit peu la campagne et je vois quand je suis en ville, enfin quand je suis chez moi pas que je sois mieux ici que chez moi mais au niveau contexte, enfin environnement quoi je pense que ça contribue à un mieux être quoi."

Sylvain : "Oui oui oui, ..., c'est pareil, bon je suis lyonnais donc quand j'étais merdeux on m'a toujours dit : Vinatier c'est l'horreur, c'est pour les dingues... l'image du Vinatier quoi... et c'est vrai que c'est un endroit que j'ai appris à aimer, c'est un endroit très très... personnellement je trouve que le parc est magnifique, ça me fait chier bon ben qu'ils en prennent une partie... voilà, mais même au niveau architectural, le service où je bossais avant c'est un vieux vieux service... avec ses arcades, je trouve ça très beau quoi, même si c'est absolument pas fonctionnel pour les patients... c'est vrai que j'ai pas envie que ce soit des lieux qui soient écroulés quand tous les services seront rénovés, je crois qu'on peut effectivement arriver un peu à réadapter ça... oui oui... et puis je me suis très vite intéressé à l'histoire du Vinatier, aux..., aux façons de soigner, au confort des patients à l'époque... et puis le lieu est vachement sympa, moi je trouve que c'est

vachement sympa, j'aime bien, je crois que j'ai visité un peu tous les lieux de l'hôpital, j'aime bien la chapelle enfin je suis pas du tout curé pour deux clous, j'aime bien l'aumônerie parce que je pense que c'est important. [...] J'ai des craintes parce que le parc est vachement beau..., parce que je les ai vu couper des arbres et ça ça me fout les boules... [...] Non non ce qui fait peur c'est qu'effectivement comme la psychiatrie c'est un peu la médecine du pauvre que petit à petit on rachète, comme les HCL (Hospices Civils de Lyon) sont très puissants..., ben que à la fin de ma carrière peut-être que l'hôpital sera..., avec les fermetures de lits, l'hôpital sera réduit à une portion congrue."

Marc : *"Alors ça je peux dire que du bien parce qu'effectivement l'espace justement parce que c'est le mot, il y a de quoi respirer, ça c'est un truc j'ai vraiment eu beaucoup de mal à me dire que ça existait, sur Lyon, parce que c'est quand même pas la pleine campagne... et si ça, ça m'a beaucoup marqué, je me suis dit que quand même à l'époque il y avait quand même des gens qui avaient une sacré bonne vision de... des choses parce que je pense que c'est pas par hasard si... il y a ce système alors là d'îlots mobiliers, c'est les bâtiments et puis toute cette verdure, tous ces arbres tous ces... c'est superbe et je trouve que ça vraiment c'est vraiment une énorme richesse par rapport aux problématiques de soins, je veux dire que pour moi ça ça fait partie intégrante, à la base, des soins. Quand on offre déjà un cadre comme ça au patient on a déjà commencé à faire du soin sans rien faire d'autre. Bon moi je suis hyper sensible, et puis je m'accroche violemment à tout ce qui reste de nature [...] Donc moi je considère que ça c'est vraiment l'atout du Vinatier mais qui... bon enfin sauf que personne ici aujourd'hui n'en est responsable... les anciens qui ont vu ça, parce qu'aujourd'hui justement ben ça paraît s'organiser différemment bon pour des vieux problèmes économiques sachant que l'économie maintenant va primer de partout parce que bon c'est pas une nouveauté que... de découvrir que des choses comme ça essentielles qu'on met de plus en plus en arrière et qu'on va se prendre dans la gueule forcément par retour un jour toutes ces choses là, on ne peut pas impunément supprimer des choses qui sont bonnes pour nous. [...] ça y est ça commence à bouffer la pelouse"*

Ou encore ce dialogue entre deux soignantes, Valérie et Michelle :

Valérie : *" - Oui enfin pour moi j'aime bien, c'est très agréable de travailler dans... oui c'est vrai on avait un parc magnifique, et c'est important, c'est important aussi pour les patients, oui d'être dans un beau parc aussi bien pour nous que pour les... pour eux parce que c'est vrai qu'ils peuvent sortir, se promener dans le parc, ils ont les chèvres, ils ont les biches, dans le temps ils avaient les biches je ne sais pas si elles existent encore les biches, il y avait les lamas, le lama qui nous crachait dessus. On avait un beau parc c'est-à-dire que maintenant..."*

Michelle : *- il se réduit un peu...*

Valérie : *- oui voilà, c'est ce que j'allais dire on a de moins en moins de parc...*

Michelle : *- ils construisent..."*

Dans ce processus d'ouverture dans lequel s'inscrit Le Vinatier et plus généralement la psychiatrie des vingt dernières années, c'est non seulement l'hôpital qui cherche à quitter ses murs afin de réintégrer la ville (développement des Centres Médicaux psychologiques, des Centres d'Aide par le Travail...), plutôt que d'en être à sa marge, mais c'est en même temps accepter que la ville surgisse à l'intérieur même des limites de son enceinte (ou de ses abords immédiats si l'on prend l'exemple du probable parcours que le tramway de Bron empruntera). Or, pour les personnels, cette irruption de la cité, du dehors, d'un dehors concret, est ressentie comme une véritable entaille à ce qui constitue l'unité de l'établissement. Entaille matérielle qui se porte de façon visible sur l'espace de l'institution, espace que l'on voit par les mots même des acteurs se "réduire", qui se fait "bouffer", qui se fait envahir par un "béton" - cette image tout comme celle des "bagnoles" revient souvent - ne cherchant que l'effacement, le recouvrement du lieu. Ainsi, la construction de bâtiments récents tels que l'Hôpital Mère-Enfant ou le centre de recherches en sciences cognitives est perçue à la fois comme une nécessité, et la démonstration d'une avancée positive ou du moins d'une transformation certaine de

l'hôpital, mais aussi comme la matérialisation de ce processus de dépossession qu'engendrent les conséquences d'une telle dynamique.

Visibilité

Cependant à bien des égards ce processus, outre son aspect inéluctable, paraît nécessaire pour bon nombre de personnes.

Ainsi, André : *"Mais c'est vrai qu'on a besoin à l'heure actuelle de démystifier la psychiatrie à l'extérieur. Je veux dire que moi j'ai été surpris de voir que dans une commune [...] on croyait encore que la psychiatrie fonctionnait sur l'enfermement comme il y a cinquante ans en arrière !"*

Nécessité car il s'agit alors de déconnoter l'aspect négatif que la psychiatrie possède encore. Déconnotation donc de la pratique psychiatrique en général mais aussi, plus particulièrement, du Vinatier et de l'image que celui-ci détient aux yeux du commun des habitants de Lyon et de sa région.

Solange : *"sur le département je veux dire l'hôpital est le plus connu, c'est le Vinatier et c'est vrai que le Vinatier draine une image de la psychiatrie, enfin bon **quand on parle du Vinatier c'est l'équivalent de la folie...** donc c'est quelque chose qui fait très peur [Nous : C'est une image plutôt négative ?] Oh oui et puis même encore maintenant... je veux dire il y a beaucoup de choses qui sont faites pour changer un petit peu cette image... Le Vinatier, ce n'est pas synonyme de folie."*

Cyril : *"C'était un hôpital de malades... à l'époque on disait plus un hôpital de fous... on le dit encore un peu mais moins maintenant."*

Sylvain : *"Moi j'étais chez le coiffeur l'autre jour, ils se sont mis à parler du Vinatier, pour eux le Vinatier c'était les gens dangereux, Saint-Jean-de-Dieu c'était les gens... comment ils disaient ?... les demi-marteaux, ou les moitiés de marteaux, donc... Saint-Jean-de-Dieu a une meilleure image, les gens sont moins fous à Saint-Jean-de-Dieu donc il faut expliquer que ça marche par secteur et que les gens du 7ème arrondissement peuvent être aussi fous que ceux du 5ème, voilà, mais Saint-Jean-de-Dieu a pas du tout la même réputation ben parce que ça a pas été... d'abord parce que Vinatier a été le premier construit, qu'il y a eu... que c'était l'asile, que c'était vraiment l'asile hein, avec toutes les personnes..., tous les gens qui étaient à l'Hôtel-Dieu ou à l'Antiquaille, c'est, c'est les personnes SDF de l'époque, les prostituées, les indigents ils étaient tous ici, Saint-Jean-de-Dieu je sais pas quand ça a été créé et puis c'était un centre religieux auparavant, il y avait les frères"*

Par conséquent, l'hôpital du Vinatier, du fait même de son accueil de la pathologie mentale *devient* dans sa réalité, la folie toute entière. L'hôpital des fous, lieu de peur et de secret, comme nous l'avons dit, qui à lui seul *contiendrait*, aussi bien dans son sens de contenant que dans celui de contention, toute la menace, la *dangereuse* que semble receler le malade mental.

Cependant, cette idée peut être complétée :

Jeanne : *"Je n'avais aucune idée de ce qu'était le Vinatier, je n'imaginai pas du tout que j'allais venir travailler dans un hôpital psychiatrique en particulier, j'imaginai pas du tout."*

Hervé : *"Non je n'avais pas entendu parler de l'établissement non, si «au Vinatier» c'était une expression courante, c'est-à-dire que quand on était... oui c'était bon pas une punition mais je veux dire c'était, c'était presque ça, ça représentait la folie, c'était quelqu'un qui n'allait pas bien, voilà. C'était quelqu'un qui avait perdu la raison quoi, et qui ne pouvait aller que là, voilà, sous forme d'avertissement quoi... Non c'est après que j'ai appris plus ce qui se passait sur Vinatier en fait, et encore que... j'ai toujours pris des distances par rapport à l'univers psychiatrique, faut rester... faut en tenir compte, il faut l'adapter aux besoins que l'on a, à la population mais bon..."*

De même pour Laurence, lorsqu'elle nous a raconté sa rencontre avec l'institution :

"Non, non ça s'est fait par hasard. Par hasard. Non, non ces images d'hôpital psychiatrique, les jours de grand vent on entend des hurlements... non. Tout ça ça a été après, après, ouais."

Dans quelques discours, tous personnels confondus, la venue à la psychiatrie est perçue *a posteriori* comme le fruit d'un "hasard" (mais pour une majorité d'entre eux c'est un choix assumé qui les a conduit à intégrer Le Vinatier), exprimant comme une sorte de distance quant à la manière dont ils pouvaient concevoir l'hôpital avant de venir y travailler. Celui-ci faisait partie de l'ensemble des images véhiculées dans les conversations courantes, la menace pour un enfant "d'aller à Vinatier s'il n'est pas sage", la stigmatisation d'un comportement jugé anormal - "s'il continue comme ça il va finir à Vinatier" -... , et qui a contribué à la fois à en faire un lieu particulier, dont il est préférable de se méfier et de se tenir à distance, et en même temps un lieu de banalité, lieu-commun par lequel toute conversation quotidienne se voit obligée de passer. Une image à deux reflets donc, celui d'un lieu de réclusion et - mais celui-ci n'en est-il pas l'immédiate conséquence ? - celui d'un lieu effacé, faisant partie de ces espaces très lourds en significations, que compte toute ville, effacement qui confine alors à l'oubli.

Anne : "Moi je fais toujours passer les messages, des messages rassurants et en présentant l'hôpital comme un lieu, donc comme un lieu de soin comme un autre, alors bon... mais je pense que les messages ne passent pas facilement et c'est..., c'est extraordinaire je l'ai remarqué l'autre jour, c'est complètement idiot, j'ai mon fils qui va venir travailler un mois cet été, parce que j'ai... il cherche du boulot... c'est vrai que je parle assez peu de l'hôpital avec lui parce que bon il se dit scientifique enfin... il a horreur des hôpitaux, c'est pour ça qu'on lui a proposé un truc..., c'est pour la petite anecdote, et l'autre jour bon ben il est venu avec moi jusqu'ici et il m'a dit : Ah mais c'est ça... après le soir quand je l'ai revu il m'a dit : Je ne voyais pas du tout ton hôpital de jour comme ça, je le voyais avec des grilles, alors bon que je ne lui en ai jamais parlé enfin très peu parlé, jamais parlé de grilles, enfin je ne sais pas d'où véhicule cette image, il a un imaginaire alors qu'en plus... alors je ne sais pas si c'est à la télé dans les films ou autres, mais enfin en tout cas je n'ai jamais voulu véhiculer ce truc là et n'empêche qu'il l'a c'est quand même extraordinaire, alors c'est quand même... enfin j'étais très surprise... [...] C'est vrai que la maladie mentale fait peur et que du coup on la met tellement à distance qu'on imagine que des choses terrifiantes. Et encore maintenant il y a les grilles de l'entrée où l'on peut voir dedans, avant il y avait un mur fermé, donc c'est mieux, je trouve que c'est déjà mieux parce que bon on peut voir, **au moins quand on est dehors on peut voir ce qui se passe dedans** avant il y avait ces grands murs comme sur le côté, enfin quand on monte sur Bron là où il y avait ces grands murs on ne voyait rien derrière, alors bien-sûr pour les gens qui sont dehors et bien on fantasme enfin je veux dire, comment ne pas imaginer des choses terribles quoi..."

Dès lors, cette transformation de ce à quoi renvoie la psychiatrie doit passer par une sorte de processus de *mise en visibilité*, et nous reviendrons plus loin sur ce thème, qui vise comme à prendre à revers tout le flux d'images, de représentations, ces "fantasmes", qui en constituent la référence sociale passée et contemporaine. Comme si montrer, rendre tangible pour le regard, équivalait nécessairement à neutraliser cette part trouble, obscure, qui semble aux yeux de l'opinion consubstantiellement liée à l'hôpital, son espace et à la maladie mentale. Voir afin de mieux savoir, de mieux connaître. Mais il ne s'agirait plus d'élaborer un savoir dans le secret, à l'abri des murs, sous l'œil averti et singulier du médecin mais dans le contexte général de la société, sous le regard cette fois de la multiplicité des individus qui la constituent. Alternative à la "télé", aux "films", en d'autres termes à ce regard qui ressort de la *fiction*, donc de la distorsion, la visibilité se voudrait, elle, l'affirmation d'une folie, certes toujours livrée au regard, mais comme montrée nue, sans intermédiaire, sans filtre ni paravent, nudité qui, seule, rendrait possible la reconnaissance de ce qui est autre. La fiction peut, cependant, participer de ce

processus, simplement elle sera nécessairement une *fiction maîtrisée* qui se doit de dire autre chose, de montrer autrement ce qu'elle a toujours montré (rappelons-nous de la référence amusée à *Vol au dessus d'un nid de coucou*, ou plus exaspérée à un documentaire réalisé sur Le Vinatier, *Les exclus de la raison*, au cours des années quatre-vingt et auquel il était fait allusion parfois, de façon très négative au détour de certains entretiens).

Bernard : "Oui, ça a beaucoup évolué... on est passé... il y a quinze ans c'était plutôt un asile, moi je vois ça un peu comme ça y'a quinze ans c'était encore un asile, le truc lugubre, gris, sale, enfin c'était un peu comme ça... les pavillons. On ne s'occupait pas de mettre de la couleur par exemple alors que maintenant dans les structures récentes c'est quand même plus convivial, c'est c'est... ça a évolué, ça a pas mal évolué. A la limite maintenant je ne suis même plus au courant, parce que ça change beaucoup, ça rénove, ça construit... ça bouge, maintenant je le vois plus comme un hôpital, un hôpital bon spécialisé mais bon y'a une maison d'accueil spécialisé donc ça s'ouvre aussi, c'est plus ouvert que... y'a quinze ans c'était le..., les murs du Vinatier et à l'intérieur on ne savait pas ce qui s'y passait, maintenant c'est le cross du Vinatier ça s'ouvre, j'ai l'impression que ça s'ouvre beaucoup plus vers l'extérieur."

Jeanne : "Depuis que je suis là ça a bien changé, justement on ouvre, on ouvre, de cette ouverture... ça a bien changé je dirais en dix ans. Ben on se met au goût du jour, il y avait un peu de retard je pense. L'hôpital végétait il y a quelques années, on évoluait pas, ça évoluait pas, le fait est là ça a bien changé. Depuis cinq ans là c'est vraiment le branle-bas de combat. On restructure à l'intérieur, on recentralise, on..., on a cédé du terrain aux hospices civils, il y a des bâtiments qui vont tomber, des bâtiments qui vont tomber et qu'on rebâtit voilà, de vieux bâtiments de toute façon c'était... mais ça se trouve sur des terrains qu'on a cédé aux hospices civils."

Outre ce processus de visibilité, visant à ouvrir l'hôpital au regard de l'extérieur, cette dynamique d'ouverture est aussi ressentie comme un mouvement diffus, chaotique, qui non seulement porte atteinte à la matérialité même de l'institution, à son architecture, mais en même temps entraîne des bouleversements à la fois perceptibles et aussi plus sous-jacents, difficilement énonçables par les gens que nous avons rencontrés. Ils perçoivent des changements, sentent qu'autour d'eux tout est en mouvement mais ils ont du mal à décrire ce qui change exactement : "ça bouge", "ça rénove", "ça construit", "ça s'ouvre", "ça a bien changé"... Bref forcément, mais aussi imperceptiblement, ça n'est plus la même chose, tout semble se modifier bien que rien ne paraisse vraiment changer, rappelons-nous d'ailleurs la permanente référence à l'asile et à sa temporalité directement calquée sur celle de la nature.

Stéphane : "Pour la construction des pavillons ce qui est important c'est le patient, ça part du patient. Et bien l'agencement de l'espace, les chambres, les lieux de soin, les lieux de vie et cætera. Donc on a fait un cahier des charges et on a choisi un architecte pour le projet. Non nous c'était de faire deux unités pour des patients en particulier qui sont des arriérés profonds [...] et puis de choisir quelque chose qui soit joli sinon il y a de ces trucs, l'hôpital comme avant, bon **l'hôpital alors on en avait un peu marre**, on nous a même dit, il y a quelqu'un dans le jury qui nous a dit : mais c'est le club Méditerranée, mais je dis : mais pourquoi pas. [...] Moi j'avais choisi, j'avais priorisé le cercle, enfin l'arrondi et j'avais dit d'ailleurs un jour : Le projet d'arc en ciel..., enfin de demi-cercle ce sera un bon projet et l'architecte l'a fait alors je sais pas s'il a entendu ce que j'ai dit mais en tout cas c'est très bien, c'est très très intéressants [Nous : Et pourquoi l'arrondi ?] Ben pour amener du mouvement, pour pas avoir un truc carré, un bloc, un blockhaus, ras-le-bol, un truc qui ait un mouvement, qui soit plus... oui en mouvement, oui d'harmonieux alors que non on a abandonné le blockhaus, ah non non, un truc carré moi j'aurais pu le faire, je suis pas architecte et j'aurais pu le faire alors que là ça a été pensé, d'ailleurs il y a un demi-cercle et puis un cercle, il y a deux unités qui se... qui sont complémentaires si vous voulez, moi j'ai trouvé ça très chouette. Non il fallait vraiment trouver quelque chose de nouveau et puis d'un mouvement, d'un

mouvement, c'est heurtant je trouve les angles [...] à la fois moderne et à la fois fonctionnel, suffisant en espace, bon et puis avec des formes. [...] C'est vraiment un espace transitionnel, enfin que nous on qualifie... c'est un espace soignant déjà, un espace thérapeutique, l'architecture est déjà thérapeutique. Je ne sais pas si on peut avoir une architecture pour l'éternité, je sais pas... mais bon pour un moment donné oui c'est bien."

Jeanne : *"Oui ça a été construit comme ça, régularité, symétrie, organisation par rapport à un axe central... Et ben si on la garde, on la garde, si si, enfin non on construit plus comme ça parce qu'on construit de nouveaux bâtiments qui n'ont rien à voir, on recentralise un peu, peut-être, en fait non on construit plus comme ça a été fait au départ mais... déjà le style de construction a changé, on construit plus de la même façon, il fallait que ça soit costaud, bien dur dans le temps alors que maintenant avec les études de matériaux et des forces on arrive à faire plus léger maintenant, plus ouvert, plus... voilà. Il y a des belles choses qui se font, on ne construit plus de la même façon donc, voilà renfermé, massif, prison parce qu'au fond dans le temps c'était ça, on enfermait les malades, on les tenait bien fermés de façon à.... alors que maintenant c'est plus ouvert."*

A côté de cette entaille que fait, par de nouvelles constructions, l'extérieur sur le monde de l'hôpital, c'est la pensée même de l'architecture des lieux qui se voit transformée. Rompre avec l'asile, donc aller dans le sens de cette ouverture, ce serait rompre avec la structuration de l'environnement tel qu'il était pensé auparavant, c'est-à-dire un univers de clôture et de préservation. Pour une seule personne, cependant, cette rupture et les modifications qu'elle entraîne doivent être généralisées à l'ensemble de l'espace de l'hôpital y compris, et surtout, à son parc et à ses espaces verts. Ainsi, Fabienne nous dit :

*" Peut-être à cette époque ça a eu... mais tout à fait parce que c'était... les malades qui sortaient, maintenant ça a plus de sens, les malades ils sortaient pas, bon on les promenait dans le parc, on les menait au parc mais on fait le tour du pâté ça suffit, le fait de descendre d'ailleurs hors des murs déjà... même s'il n'y a pas... c'est pas la grandeur du parc hein [...] non enfin je ne vois pas, seulement Grange Blanche c'est un peu vilain c'est sûr [...] parce que l'hospitalisation est courte maintenant, je veux dire si il y a pas de parc, supposons que je sois infirmière et qu'il n'y a pas de parc, le parc de la tête d'or **c'est plus enrichissant de partir** [...] Le fait qu'ils construisent ne me gêne pas du tout, non pas du tout, c'est pas ça qui va m'empêcher de... qui va changer mon comportement avec les patients, je veux dire non non pas du tout. J'ai toujours entendu dire que l'hôpital du Vinatier c'était trop grand par rapport à d'autres hôpitaux qui sont serrés comme tout, je veux dire... [...] moi je suis pas trop pour..., je vois pas pourquoi on aurait en plein centre de Lyon un parc immense pendant que d'autres hôpitaux sont là à... même s'ils mettent Grange Blanche ici, s'ils font un cadre plus agréable pour Grange Blanche et bien tant mieux. **A quoi ça sert un grand parc comme au temps de l'asile**, pourquoi pas les cochons, il faut pas rigoler... ça j'ai connu quand je suis arrivée oui oui, il y avait les cochons, la ferme et tout, enfin il y a encore les biches, je sais pas ce qu'elles foutent là ces biches, le parc c'est pareil, on peut les mettre au parc de la tête d'or les biches ! "*

Mais cet avis reste minoritaire surtout, au regard de ce qui a été dit au préalable quant à l'importance qu'accordent les personnels au cadre de vie de l'hôpital. Mais il pose par sa discordance la question aiguë de cette coexistence de deux lieux, celui de l'asile et celui de l'hôpital moderne, de deux temporalités et qui, plutôt que de s'anéantir mutuellement, ne cessent de se questionner en se renvoyant leurs propres images.

Nadine, à propos des nouveaux bâtiments dont parlait précédemment Stéphane : *"Les bâtiments neufs moi j'ai toujours dit... c'est sûr c'est propre, c'est clair, bon les bâtiments neufs c'est bien, c'est bien, mais ça ne..., il faut bien se dire que pour les malades ça ne change pas la pathologie des patients, voilà. [...] Bon ils ont fait des pièces c'était pas du tout ces pièces, **moi j'aurais souhaité de très grandes pièces comme j'avais avant**, j'avais une très grande pièce*

carrée où j'avais fait des coins, mais les patients pouvaient être accueillis plus nombreux, c'était... c'était différent. Là je m'organise, c'est en fonction des pièces et c'est tout mais..."

Luc : *"Alors il est bien évident que l'on ne peut pas, on ne peut pas non plus sous prétexte de... passéisme et d'histoire, et de ceci et de cela vivre comme au XIXème siècle, on ne peut pas... par contre, je crois qu'on détruit des choses qu'on pourrait garder quitte, quitte... quitte à transformer les intérieurs, quitte à faire... mais y'a des choses que l'on pourrait sans doute garder, réaménager, c'est surtout notamment, par exemple là [il nous montre un plan] vous avez la neuf des hommes [...] Ça c'était la neuf des hommes anciennement et maintenant ils ont tout rasé [il compare à la neuf femmes qui est restée intacte] finalement pour ce qu'ils ont fait... finalement pour ce qu'ils en ont fait il valait mieux tout raser et puis refaire quelque chose de neuf, ça ils pouvaient pas raser le four, mais pour ce qu'ils ont fait du bâtiment c'était pas la peine, c'était pas la peine, c'est idiot d'avoir gardé une partie seulement et de l'avoir réaménagée, il aurait mieux valu, à mon sens, tout détruire. Alors espérons qu'ils garderont la neuf des femmes, **qu'ils garderont le cachet**, qu'ils garderont les extérieurs, qu'ils garderont... quitte à réaménager l'intérieur [...] c'est à dire que le moderne va se glisser dans l'ancien c'est ce que j'espère, on est pas obligé de garder les peintures sales on peut très bien mettre du.. [...] Mais quand je suis rentré encore, à la fin des années soixante-dix, c'était encore l'asile hein, c'était encore l'asile de Bron, même si ça commençait d'évoluer c'était encore..., d'ailleurs moi quand je suis rentré c'était encore... tout était vieux, tout était... c'était encore les vieux bâtiments, les vieux... qui d'ailleurs, qu'on a beaucoup critiqués, qu'on a beaucoup démolis mais qui finalement par rapport à ce qu'on fait maintenant étaient pas si mal que ça. [...] Les vieux bâtiments avaient quand même des avantages qu'on a plus maintenant, faut dire qu'on a changé de clientèle aussi mais enfin quand même..."*

Avantages que, par ailleurs, les personnels soignants nuancent. Pour beaucoup il y a un attachement quant au "cachet" des sites plus anciens, à leurs salles hautes de plafonds, aux enfilades labyrinthiques où les pièces se rejoignent par de longs couloirs, aux passages extérieurs en arcades, aux hautes fenêtres et aux parquets des immenses dortoirs qui auparavant accueillait des dizaines de patients... Mais cet attachement est aussitôt relativisé par un reproche récurrent, celui du manque de fonctionnalité, quant à la pratique des soins et la prise en charge des malades, de ces bâtiments.

Le témoignage de Laurence à ce propos est révélateur : *"Non les bâtiments ne sont pas du tout pratiques, oui ils sont d'origines, ils ont été bien-sûr repeints dans les années soixante, ils ont fait des faux plafonds tout ça, ce que vous voyez mais c'est sûr que ça n'a rien à voir avec ce qu'il nous faudrait, on arrête pas de courir partout, on a plein d'endroits... on a pas de point vraiment pour se poser, beaucoup de choses se passent dans la cuisine, alors de manière périodique quelqu'un essaie de faire faire les réunions dans le bureau, on essaie tous et puis on en revient toujours à cette cuisine, autour d'un café, du.... c'est là, tout se passe là. Alors la salle de soin on a beaucoup d'écriture à faire, de plus en plus, de plus en plus on prend beaucoup de temps pour écrire à plein d'endroits, alors il y a la salle de soin, il y a des dossiers dans la cuisine, il y a des dossiers dans le bureau de la surveillante et on fait notre course poursuite comme ça toute la journée."*

Rappelons aussi ce que Sylvain nous disait précédemment :

" le service où je bossais avant c'est un vieux vieux service... avec ses arcades, je trouve ça très beau quoi, même si c'est absolument pas fonctionnel pour les patients... "

Ainsi de nombreux soignants ont mis en évidence l'irrationalité de l'organisation spatiale de ces bâtiments qui leur cause, par des déplacements et aller-retours incessants entre les étages ou des pièces complètement éloignées les unes des autres, une perte de temps et d'énergie conséquentes et qui se répercutent forcément sur les soins et sur les relations aux patients. A l'inverse, comme pour Nadine, l'installation dans des bâtiments neufs ne semble pas si aisée, puisque c'est aussi un bouleversement dans les habitudes de pratiques, de ce qu'était l'investissement quotidien d'un espace même jugé *a posteriori* inadapté. Sur ce point l'exemple du café de Laurence est frappant et montre bien à quel

point les personnels, quelles que soient les configurations de leur service, adaptent non seulement leurs pratiques professionnelles à cet environnement mais aussi tout ce qui ressort des relations interpersonnelles propres au travail d'équipe. Il est, au passage, frappant de voir à quel point, et ceci est valable pour l'ensemble des personnels, la cuisine apparaît comme ce lieu de passage, de transition où se réalisent tout autant les relations personnelles, intimes que celles plus institutionnelles et formelles. Ce sont, sans doute, son agencement et sa neutralité qui offrent par conséquent une plus grande convivialité, un espace d'intimité à l'intérieur de ces grandes divisions institutionnelles que peuvent être les salles de soins, les chambres des patients, une chambre d'isolement, ou même les parfois austères salles de réunion.

Surgissement

Comme nous l'avons explicité, la perception de l'ouverture de l'hôpital et des transformations qu'elle entraîne sont vécues de façon très ambiguë. Elle oscille, en permanence, entre deux attitudes différentes mais néanmoins non contradictoires. Tout d'abord celle où les personnes, que nous avons rencontrées, ont le sentiment de la perte de quelque chose, d'une atteinte à l'unité et au mouvement d'une histoire et d'un temps qui seraient spécifiques au Vinatier. En contrepoint à cette première attitude, répond celle d'une aspiration à une modification des techniques de soin, de la compréhension et de l'appréhension du malade ainsi que de la manière dont la psychiatrie est socialement connotée, ce qui, de fait, pour une large part des personnels interrogés, la rend nécessaire et indiscutable.

Olivier : *"Avant de penser à l'extérieur il faut penser aux patients. On est pas là pour montrer ce que l'on fait, on s'en fout. Moi je trouve indécent... l'ouverture de l'hôpital c'est bien, faire un parcours sportif c'est bien, les gens peuvent rentrer le dimanche, c'est bien, mais moi je suis persuadé qu'il y a du voyeurisme qui va se créer parce que je suis sûr qu'il y a des gens qui vont venir se promener... on commence à voir des gens le dimanche qui viennent se promener en famille et puis les patients se baladent et je suis sûr qu'il y a des gens qui commencent à dire : Ah ben tiens lui il est comme ça, il est comme ça..., je trouve ça indécent, par rapport aux familles, par rapport aux patients, par rapport... C'est vrai qu'on a un parc qui est superbe, c'est au milieu de Bron mais les gens ont pas à venir voir comme au zoo, c'est peut-être pas ça mais moi je le ressens comme ça."*

Et ce dialogue entre Philippe et Daniel :

Daniel " - *Il y en a qui viennent voir, des curieux... pour voir quoi ?[...] Pour voir comment ça se passe. Si ils n'ont rien à faire : viens on va voir, on va voir... je pense.*

Philippe - *Obligé, obligé, il y a des curieux partout, mais je me dis que je ne travaillerais pas ici, il n'y aurait pas de gardien à l'entrée, je viendrais ici c'est sûr, dis moi trois kilomètres à la ronde où tu trouves des espaces verts ?*

Daniel - *Il y a trop de curieux sur terre, ouais ouais pour voir comment c'est, celui qui connaissait pas... depuis le temps il dit **je vais voir comment c'est**. Je me demande déjà pourquoi il chercherait à comprendre, les gens ça les intéresse pas... à moins qu'ils aient de la famille dedans, les gens ils en ont rien à foutre.*

Philippe - *Ils se sont fait une idée comme moi au départ en se disant : Ah Vinatier, c'est les fous, [...] tiens c'est les fous, alors que c'est pas ça. Ça serait bien qu'on ne pense pas que c'est que des fous. C'est dommage que les gens croient que c'est un truc que de fous."*

Ou encore Thierry : *"Ah oui non mais c'est sûr que bon il est largement ouvert, ça on peut le dire parce que bon je crois que c'est... si on regarde un petit peu autour de soi, ici on rentre*

comme dans un moulin, je crois que un peu trop facilement des fois... enfin à mon avis, je vois Saint-Jean-de-Dieu qui est quand même je veux dire avec un parc, il y a un certain contrôle mais je veux dire c'est pas de trop parce que ici c'est vraiment un va et vient, enfin à mon avis, excessif. Bon c'est vrai que les choses se sont élargies, il y a des constructions, il y a différents domaines, l'enseignement et ainsi de suite, mais malgré ça je veux dire c'est au niveau du contrôle un petit peu à l'entrée pas de l'hôpital en soi, parce que l'hôpital s'ouvre et c'est bien, les gens y viennent, n'ont pas d'appréhension, c'est bien je veux dire, je ne pense pas qu'il y ait plus de problèmes et puis même si parfois il peut y en avoir ça fait partie aussi de cette évolution et que il faut aussi que la population sache que tout existe et que c'est à prendre en compte je veux dire... si on veut intégrer les gens dans la société eh bien il faut aussi se donner les moyens d'intégrer ce qui parfois peut paraître difficile mais à côté de ça, à part ce que je vous disais, je pense que c'est... ça va dans le bon sens, tout à fait. Mais même à Grange-Blanche vous voyez... on est quand même un tout petit peu contrôlé et je trouve que c'est pas plus mal, d'autant qu'ici on a quand même affaire à une population un petit peu... je veux dire très diversifiée, je pense que le fait que ça soit comme ça ouvert ça donne aussi accès à des abus de différentes choses, soit au niveau humain, soit au niveau de trafic de pas mal de choses, entre autres de drogues et bon peut-être qu'on empêcherait pas tout, bon l'ouverture existante favorise un peu tout ça je crois."

Rendre visible l'espace de l'hôpital, certes, mais dans quelle limite ? On voit bien ici que le regard de l'extérieur est aussi compris comme l'intrusion d'un regard perçu comme malsain, qui viendrait scruter dans ses plus ultimes tréfonds la détresse de la déraison. Mais de même, c'est aussi ce mouvement toujours diffus, impalpable, qui ouvre, donne "accès à des abus", à un "va et vient" incessant, "excessif" car difficilement contrôlable, puisque tout entier constitué de ces remous qui font la vie du dehors.

Louis : *"Autant à une époque, c'est souvent ça d'ailleurs, c'est des mouvement qui basculent hein, avant de trouver l'équilibre le balancier il part d'un côté et de l'autre, j'ai connu le centre social au début où j'étais là où alors pour le coup..., mais ça correspondait à une époque, le patient ne sortait pas, alors les consommations étaient à un prix dérisoire et ce qui fait que ça ne préparait pas non plus les gens à aller à l'extérieur, ils payaient moins cher la limonade ici que dehors, le rapport était important, où tous les gens qui travaillaient là-bas étaient des infirmiers, il y a des fois c'était discutable, des infirmiers pour servir de la limonade, mais par contre il y avait quand même une surveillance, un truc. C'était un peu presque extrême, où maintenant le centre social il n'y a plus d'infirmier, il y a bien longtemps, c'est pas le prix normal c'est peut-être à peine un peu moins cher que dehors mais enfin... mais c'est quand même beaucoup plus commercial et il s'y passe des tas de choses, c'est un lieu je dirais même un peu chaud des fois et on se demande qui doit intervenir [...] c'est un peu fou quand même parce qu'il y a des patients qui sont quand même un peu démunis et qui ont besoin d'être protégés, c'est vrai qu'il faudrait qu'il y ait un animateur, quelqu'un un petit peu qui régule ça. Il y a les gens de l'extérieur qui viennent, il se fait des trafics pas possible, c'est pas normal. C'est une gérance, le type d'ailleurs il est bien, il fait ce qu'il peut mais... mais ça devient..., je dirais, un coin plus chaud et moins protégé pour des patients un peu démunis pour aller boire leur coup là-bas, qui est plus dur à vivre que bon nombre de cafés à l'extérieur. **C'est un coin qui échappe complètement à l'institution**, il y a des loulous qui se pointent des fois on se demande..., tout le trafic, c'est pas normal."*

Fabienne : *"La cafétéria il s'en passe... au début il y a eu beaucoup de plaintes des soignants, trafic de drogues, prostitution, j'espère que ça va changer parce que le gérant, ils ont changé le... il y avait un gérant qui... et il me disait qu'il se plaignait qu'il y avait... moi je suis allée le voir parce qu'il y avait des adolescents qui viennent se ravoitailler en drogues là, alors moi je ne sais pas... il s'est plaint que personne ne s'occupe de lui [...] il y a des adolescents de quatorze- quinze ans qui viennent chercher les drogues ici, mais lui c'était pas un soignant c'était un gérant"*

Au-delà de cet exemple singulier de la cafétéria, qui souvent est revenu dans les conversations que nous avons eues, il s'agit de voir en quoi un lieu particulier de l'hôpital peut cristalliser, au sein même des discours, cette ambiguïté de l'irruption de l'extérieur qui de façon imprévisible viendrait menacer l'équilibre et la protection habituellement liés à l'institution psychiatrique. Car cette cafétéria, ou du moins ce qu'elle représente, se situe entièrement à la croisée des chemins. Elle est un peu la concentration paroxystique, exacerbée de cette collision entre des temps, des espaces et des logiques différentes, le tumulte et le chaos du dehors qui surgiraient au sein de la spatialité et de la temporalité tout en attente et en apesanteur de l'hôpital, mais aussi la confrontation aux propres limites du contrôle de ce vers quoi l'institution tend. Imprévisibilité de ce dehors et de ses soubresauts qui surviennent là où on ne les attend pas...

Pour Bertrand, cette problématique de l'ouverture reste inextricable, mais aussi désillusionné que puisse paraître son discours, il faut l'entendre comme le produit de ces tensions qui quotidiennement traversent les acteurs d'une institution interrogeant le devenir de leurs propres pratiques et par là de la place que le malade y occupe. Tensions de ce qui n'a cessé de constituer l'histoire de la psychiatrie toute entière et qui paraissent comme inhérente à son projet même, tensions entre ce qui ressort de l'enfermement et de la contention mais aussi de l'accueil dans les murs d'une institution, de la prise en charge et de la guérison de celui qui se voit atteint dans sa raison même.

*"...un lieu de folie c'est un peu..., la folie c'est celle de l'autre mais c'est surtout la peur qu'on peut avoir que nous on devienne fou, donc c'est vrai que par exemple ici ils ont essayer de débaptiser l'hôpital mais y'a rien à faire, l'hôpital psychiatrique sera toujours un lieu où les gens le vivront comme un lieu d'enfermement, un lieu... un peu la prison, le ghetto, enfin tout ce que l'on peut imaginer, bon y'a qu'à écouter les groupes de rock style Trust ou même Indochine quand ils vous parlent : Hôpital psychiatrique douche froide et Mogadon, destruction de ton nom... Faut quand même pas déconner, on est pas en Russie ici, mais on aura toujours ce genre de réflexion des gens, c'est un endroit où il y a quelque chose qui fait peur, donc si on y travaille c'est qu'on vit dans des conditions atroces. [...] La vision de l'extérieur n'a pas changé, je ne crois pas, non, non je crois que c'est un leurre. Je crois que c'est malheureusement un leurre qu'on entretient ici aussi, personnellement quand je vois qu'on met des..., qu'on a fait dans l'hôpital des parcours de santé, des trucs comme ça pour moi c'est un leurre, je crois qu'on peut casser les grilles, les murs... ou alors les curieux, il y en a plein qui rentrent mais c'est le zoo, ça veut dire que les gens ils rentrent pour regarder les fous quoi, se donner bonne conscience pour ceux qui ont pas peur ou pour se faire un petit film, un petit frisson... mais de dire tous les trucs qui font que l'hôpital il s'intègre dans... moi je ne comprends pas, personnellement je ne comprends pas, ça existe, certains médecins, pas tous, sont pour ce genre de choses, moi je trouve que c'est une aberration monumentale, **moi je crois que ça restera toujours le lieu de la folie et tant mieux** parce que souvent ce que j'ai comme image c'est que le mur il nous protège pas à l'extérieur de la folie, mais je dirais presque qu'il protège les malades qui sont plus fragiles de la vie en société qui est terrible, quand vous sortez le mur de l'hôpital déjà enfin bon vous passez d'un endroit où il y a des picverts et après ça passe de tous côtés [il imite le bruit des voitures], alors à l'extérieur il y en a certains vous vous demandez comment ils sont encore vivants parce que tels des zombies au milieu des bagnoles... moi je crois que c'est un leurre, tout à fait, ils peuvent bien appeler l'hôpital Albert-machin-chose, ou CHS du Vinatier [...] mais bon après c'est une histoire d'assumer cette image ou pas je veux dire [...]*

J'ai l'impression que l'image de la maladie pour l'extérieur n'a pas évolué du tout. Vous savez, enfin c'est peut-être parce que je suis du bourg mais quand vous êtes dans le métro et puis quand vous voyez des malades au milieu et bien ils se voient tout de suite, et il y a quelque chose qui fait qu'il n'a pas un comportement, un comportement... je parle pas de ceux qui sont légèrement malades, il y a des psychotiques qui ne sont pas très psychotiques, pour certaines formes de

*psychoses, quand les gens vont pas trop mal, on les soigne à peu près on voit pas trop la différence, bon un œil averti va voir que c'est un peu plus rigide parce que il est sous neuroleptiques, bien entendu quand ils éclatent c'est des grands trucs, mais les autres on les voit tout de suite, on les repère au milieu de la route mais... **le propre c'est qu'il n'y a pas de lien justement avec les autres, ils sont là à-côté, mais pas ensemble**, donc ça je pense que ça n'a pas évolué du tout, on peut bien faire ce qu'on veut..."*

"Et chez les fous, au milieu de cette sarabande hallucinante, il y a des hommes qui ne sont pas fous ! "

Albert Londres

LA VILLE-VINATIER FACE À L'IRRUPTION DU DEHORS

Ouverture

Outre ces incidences sur l'espace et la territorialité même de l'hôpital, la perception par les personnels des transformations qui traversent l'institution dans sa recherche d'ouverture sur la société et la cité, laisse transparaître un sentiment toujours diffus où l'équilibre ainsi que les relations particulières qui les lient à leur travail et à leurs activités se voient elles aussi radicalement bousculées.

Ainsi Pierre : *"à partir du moment où il y a la privatisation, donc des gens entrent dans l'hôpital autres que les gens qui rentraient avant, les gens qui rentraient avant sont toujours là en place, mais il y a la privatisation qui rentre et c'est pour ça qu'il y a d'autres gens, d'autres corporations qui rentrent, tous les corps de métiers qui viennent et qui remplacent les services techniques [...] avant le Vinatier c'était une ville par elle-même qui n'avait besoin de personne et maintenant ils prennent des gens extérieurs qui n'ont rien à voir avec Vinatier et qui viennent faire un boulot pour une semaine ou deux pour un mois ou deux mois et c'est ça... oui les portes se sont ouvertes je pense."*

Ce sentiment est plus largement partagé par les personnels non-soignants, et plus particulièrement techniques, qui voient, au travers de cette ouverture de la "ville" Vinatier à la ville en général, l'extérieur de nouveau comme une irruption qui rompt cette situation passée d'autarcie économique où l'hôpital fonctionnait de façon autosuffisante avec l'ensemble de ses corps de métiers, qui non seulement assuraient l'accueil et le soin des patients mais aussi l'entretien et l'organisation des infrastructures.

Pierre encore : *"On se supporte, mais je suis persuadé qu'il y a... plein de gens au sein de Vinatier qui l'encaissent très mal, les gens qui sont concernés par ces gens là. [...] Si les gens de l'extérieur font un meilleur boulot que ceux de l'intérieur... ce qui se fait aujourd'hui, et bien les services techniques sont appelés à disparaître.[...] c'est ce qui arrive doucement."*

De même Bernard : *"De plus en plus maintenant, on fait appel... enfin ça s'ouvre, le Vinatier s'ouvre et puis c'est vrai que avant tout était pratiquement fait par... ici, on ne demandait rien à personne, alors que maintenant de plus en plus on demande à l'extérieur, quoi... on ouvre. C'est plus..., c'est pas la même qualité je dirais, enfin quand on prend son temps, quand on est pas... on ne se précipite pas je pense que l'on fait mieux les choses, que quand on est précipité comme... mais moi personnellement c'est sûr que d'aller trop vite... bon on a pas le choix, on a pas le choix. D'un point de vue plus général je pense que c'est... la qualité elle va se perdre un petit peu quand même. La qualité du travail et du soin, ils ont des pressions aussi dans les services de soins, de plus en plus aussi quand même."*

L'ensemble de ces transformations se répercute donc directement sur les métiers, les services psychiatriques du Vinatier leur imposant une nouvelle façon de procéder liée plus directement à des exigences de rendements. Tout semble ne plus pouvoir aller de soi mais, au contraire, être inextricablement lié au monde extérieur donc à ses rythmes, à ses impératifs et à sa qualité propre. De fait, le travail de chacun, que ce soit celui des non-soignants comme celui des soignants, se voit exposé, lié au regard extérieur ce qui le désingularise, remet en question sa spécialisation. Sur ce point Cyril, membre du personnel technique, nous a indiqué que ce recours par l'hôpital à des prestataires de services extérieurs a modifié considérablement la manière même dont étaient appréhendées et organisées les infrastructures des lieux. Ainsi, selon lui, sur le plan des

bâtiments et des intérieurs les composant, l'extérieur aurait apporté aux services la possibilité de particulariser, par le choix de couleurs, de mobiliers, de formes architecturales..., leur cadre de travail, et cela contrairement à l'hôpital d'antan qui se voulait beaucoup plus "uniformisé" :

"avant ça posait pas de problèmes..., par exemple les meubles de bureau, tout le mobilier, c'était pareil pour tout le monde. Alors que maintenant... chacun décide un peu comme il veut... c'est plus la même chose"

Luc ajoute : *"C'est pas forcément une mauvaise chose de partout, c'est pas... mais y'a quand même des choses, c'est-à-dire que en fait on a au niveau... alors des corps de métiers... en ce qui concerne par exemple les services techniques, c'est-à-dire que ceux qui sont à l'intérieur et ceux qui sont à l'extérieur n'ont pas le même..., n'ont pas le même rapport. Ceux qui sont à l'extérieur doivent faire un travail pour un prix minimum parce qu'ils doivent se placer..., d'accord ? donc voilà, c'est une entreprise il faut qu'elle... il faut qu'elle paie son loyer, il faut... et puis faut pas qu'elle coule, ce qui est... bon, tandis que ceux qui sont à l'intérieur, les ouvriers qui sont à l'intérieur eux en général ils passent après l'entreprise... parce qu'en général l'entreprise vient... ça c'est pas de la médisance mais c'est vrai, l'entreprise vient, fait un travail, pour un prix donné, et ensuite derrière on fait repasser les services techniques parce que ça ça a été fait d'une manière inadaptée ou le malade a tout cassé et alors les services techniques repassent et eux reconstruisent quelque chose qui tient debout, on a pas le même rapport, **les gens n'ont pas le même rapport...** Le menuisier va faire quelque chose de costaud qui va coûter cher et l'entreprise elle-même on aurait pas accepté qu'elle fasse ce prix, le serrurier va passer derrière il va mettre une serrure costaud... d'accord ?[...] Comme par exemple pour l'évolution des bâtiments en général, alors les anciens bâtiments étaient là pour accueillir des fous hein... [...] y'avait un gamin de quatorze ans donc alors on m'appelle un jour, il était presque quatre heures, je devais partir d'ailleurs [...] alors on m'appelle et on me dit là-bas dans la chambre de force y'a un malade il a arraché le détecteur incendie qui était dans la chambre de force. En réalité il faut savoir que dans une chambre de force, dans les anciens bâtiments on avait un lit qui était boulonné par terre, avec des boulons qui devaient être des boulons de huit, on avait un cache radiateur en tôle qui était boulonné de manière à ce qu'il ne touche pas le radiateur, on avait un évier qui était scellé dans le mur, la porte était une porte qu'on pouvait taper dessus, c'était... tout était absolument blindé et le détecteur incendie lui-même il avait un gros cache en inox et le gamin de quatorze ans qui avait pris une crise, il devait avoir... oui quatorze ans, il avait arraché le lit de par terre, il avait arraché le cache radiateur, il avait démoli la fenêtre, il avait démoli la porte et il avait démoli le détecteur d'incendie, donc c'est pour vous dire à quel point... en crise hein... bon, et donc ils l'avaient sorti de là, ils l'avaient un peu calmé et mis dans une deuxième chambre de force parce qu'à l'époque il y en avait et il avait recommencé donc voilà ce qu'était donc la folie à l'époque, c'est-à-dire que **tout était construit costaud** et là on avait un cas extrême mais d'une manière générale tout était construit costaud et tout était d'une manière générale construit par les gens du Vinatier, le serrurier, le menuisier et **c'était des gens qui savaient à qui ils avaient à faire donc ils avaient adopté des méthodes de construction** parce qu'ils savaient très bien qu'il s'agissait pas de mettre une vis dans le mur hein, le bredin qui prend une crise il arrache tout donc ce qu'ils mettaient dans le mur c'était un gros trou avec des grosses ferrailles bétonnées à l'intérieur c'était des... des... hein bon, quand ils mettaient une serrure à tel endroit ils mettaient pas n'importe quelle serrure ils mettaient une grosse serrure, le cache radiateur c'était de la grosse tôle bon tout était construit comme ça. A l'heure actuelle... tout est fait par des entreprises, quand on refait des bâtiments, alors c'est tout fabriqué en petits trucs comme ça bon... tout est fait léger, quand on met une porte à une chambre de force c'est une porte comme ça [il nous montre une porte de bureau]. Et puis de toute manière n'importe quel bredin qui met un coup de pied là dedans il passe à travers voilà, donc voilà l'évolution des... c'est tout fait au pas cher parce que naturellement l'administration fait des appels d'offre et celui qui est le moins cher d'une manière générale il emporte le marché mais..."*

De fait, l'aménagement et l'entretien d'un hôpital psychiatrique ne semblent ne pouvoir se faire que si cette particularité *d'être un hôpital psychiatrique* est sans cesse réitérée. Pour Luc, les gens de l'intérieur, tout l'ensemble de ces personnels qui participent de ce mouvement propre à l'hôpital, sont différents de ceux de l'extérieur car eux et eux seuls connaissent, savent ce qu'est la folie et ce qu'elle entraîne. Un "serrurier", un "menuisier" qui exercent dans l'univers psychiatrique ne sont pas des serruriers ou des menuisiers comme les autres, puisque quotidiennement confrontés aux débordements de la maladie mentale et acteurs de cet espace qui vise à son accueil et à sa prise en charge, ils ont su adapter leurs techniques et leurs savoirs à cette singularité, singularité qui, par définition, pour celui qui n'en a pas fait l'expérience ne peut pas être éprouvée. En tant que lieu d'accueil mais aussi de contention, la matérialité de l'institution doit être faite de "costaud", en d'autres termes elle doit être capable de supporter les assauts toujours potentiellement violents du patient. Par conséquent, la moindre construction : un mur, une chambre d'isolement..., le moindre objet : un lit, une serrure, une prise électrique, un radiateur ou même un évier doivent toujours être pensés et configurés dans le prolongement de cette singularité hospitalière.

Bernard : *"On disait souvent il y a quelques temps que le fait de travailler dans un hôpital psychiatrique on travaillait lentement contrairement aux autres institutions, que le fait d'être dans le psy, enfin le fait que les patients ils marchent doucement, tout est ralenti et puis voilà et que ça influait sur la manière de travailler [...] voilà oui je pense que bien que les choses changent, on a plus de pression quand même, de... au niveau du boulot enfin je pense qu'on rattrape un petit peu le privé ou les secteurs plus généraux, mais c'est vrai que pendant longtemps on a travaillé à allure un petit peu modérée, c'était pas la peine de se précipiter de toute façon tout allait doucement donc on allait doucement nous aussi, on prenait plus de temps, non non le côté par exemple la pose café au Vinatier c'était une institution quoi, maintenant moins en fait pas de partout, maintenant il y a quand même plus de pression quand même et je pense que ça va augmenter."*

Le recours à l'externe, c'est ainsi aussi l'irruption d'un autre temps, d'une autre manière d'appréhender le rythme de sa propre activité au sein de l'institution. On le voit bien pour Bernard, le temps de l'hôpital est celui du patient, de la *marche* du patient, rythme où tout se fait *"à allure un petit peu modérée"*. Et le temps de l'extérieur, plus particulièrement le rythme de travail de l'extérieur, serait à l'opposé celui de la vitesse, de la précipitation où il ne serait plus question que de rentabilité, où toute prise de distance deviendrait de fait impossible.

Prenons ce dialogue entre Valérie et Michelle à propos des relations entre un atelier thérapeutique et des entreprises externes sous-traitantes :

Michelle : *" - Oui oui ça arrive, il faut les mettre un peu au pli des fois parce qu'ils vous bouffent, des fois... oh ouais, ils sont exigeants et puis ils nous font faire le travail de toute urgence et puis après ils ne viennent pas le chercher."*

Valérie : *- Ils ne viennent pas pendant deux jours, on les voit pas alors que c'était super urgent donc tous les patients étaient obligés d'aller vite."*

Michelle : *- Alors on laisse tout tomber on fait travailler tout le monde comme des... comme des bêtes."*

Valérie : *- Et puis on les revoit plus parce que... je ne sais pas pourquoi, ou alors ils veulent venir récupérer leurs affaires à six heures du soir quand il n'y a plus personne, si ils n'arrivent pas à sept heures du matin quand il n'y a pas encore tout le monde..."*

Nous : *- Et vous avez l'impression qu'ils ont conscience qu'ils s'adressent à un hôpital psychiatrique ?*

Michelle : *- Oh oui [ironiquement]..."*

Valérie : - *Ça dépend, pour la sous-traitance oui par contre pour d'autres moins, c'était moins, c'était moins évident, ils voulaient leurs marchandises mais faites... faites comme chez un professionnel pratiquement, ils voulaient pas savoir si c'était... Ils voulaient pas savoir si c'était... des fois plus ou moins bien fait, c'est des patients alors des fois... [...] ils se rendaient pas compte je pense. [...] Ils savent que c'est l'hôpital mais est-ce qu'ils se rendent vraiment compte de qui le fait ça je ne pense pas, ils sont pas très tolérants moi je trouve souvent."*

Confrontation de rythmes et de logiques donc pour ces deux soignantes où le rythme propre de l'hôpital, puisque tout entier dépendant de celui du patient, n'est pas totalement considéré et occasionne, de ce fait, des décalages entre les attentes des entreprises et ce qui peut, selon elles, être produit par le malade dans un prolongement thérapeutique ou de réinsertion. Ainsi, pour de nombreuses personnes, s'instaure la crainte que l'institution ne soit plus dominée que par un discours où primerait le souci d'une gestion toute entière tournée du côté de l'économie.

Bernard, par exemple : *"Comment dire on essaie de coller un petit peu à l'image de l'extérieur quand même, bon l'extérieur c'est quoi ? c'est le fric, c'est... il faut gagner du fric, et puis bon maintenant... avant on entendait beaucoup parler..., je sais pas par exemple les surveillants on les entendait parler des patients, de choses qui pouvaient améliorer leurs... alors que maintenant ils parlent..., on ne les entend parler que de budget, d'économie de budget, de gestion, de... moi je n'entends plus beaucoup parler de patient par exemple, beaucoup moins que ce que j'ai entendu dans les années passées, par contre le budget ça a pris.... C'est sûr que bon c'est actuel, c'est comme ça, mais bon... la cafétéria il y a dix ans en arrière les patients ils venaient, ils avaient pas de sous ils pouvaient s'asseoir et... même des fois boire un café, il y avait toujours moyen de leur filer un café et ils pouvaient jouer aux cartes et ceux qui avaient deux francs ils pouvaient boire un café. Maintenant la cafétéria c'est sûr qu'elle est super belle, elle est beaucoup plus belle que ce qu'elle était avant au niveau enfin... aménagement, par contre il faut cinq francs pour boire le café et celui qui n'a pas cinq francs il n'a pas à mettre les pieds dans la cafétéria parce que c'est une gestion privée, sans parler du fait que ce soit privé je veux dire que c'est un petit peu dans ce sens là que l'on va maintenant. Bon c'est sûr que pour l'œil du passant ça va être bien net, bien joli, bien propre mais pour le patient, pour l'intérêt même du patient est-ce que maintenant... y'a plus [+] de mendicité au niveau des patients parce que bon pour boire un café avant il leur fallait deux balles maintenant il leur en faut cinq. Donc... voilà, donc on gagne d'un côté et on perd de l'autre."*

Ou André : *"On est un peu dans ce cheminement là de tout-économique, j'espère que le balancier n'ira pas trop loin, qu'on préservera un petit peu... Ça c'est une réalité au quotidien, sur un plan social quelle que soit la société, privée, publique... économie économie... mais là on arrive à une phase en plateau qui fait qu'à mon avis ça ne peut pas descendre guère plus bas vu les statistiques faites en termes d'hospitalisation. Vous savez que l'hôpital c'est un tout et que l'environnement immédiat c'est très important et à préserver."*

Ou encore Jean qui nous dit : *"Ouais toutes ces entreprises qui viennent de l'extérieur... Nous on essaie de bosser surtout pour l'intérieur mais ça c'est propre au Vinatier... et c'est vrai que ça arrive vraiment à arriver ici le rapport travail/argent."*

Peur de l' "économie", peur du "fric", peur d'une logique de profit qui finirait pour certains par masquer jusqu'à l'existence même du patient, peur du "budget", de "l'économie de budget", d'une rationalisation outrancière de l'institution qui mènerait à la dissolution même de son projet thérapeutique, peur d'une concurrence qui finirait par anéantir l'existence de corps de métier perçus comme plus assez compétitifs au regard des services proposés par les prestataires externes, mais aussi peur de voir se développer des moyens de contrôle, et nous reviendrons plus loin sur cette idée, qui amenuiseraient progressivement la liberté d'action au sein de l'établissement.

Ainsi, Cyril : *"Donc j'allais dire que la gestion à l'heure actuelle est beaucoup plus pointue que dans le temps, par le fait déjà qu'il y a l'outil informatique ce qui fait que les erreurs sont moins flagrantes je voudrais dire, mais en plus d'être moins flagrantes on peut les retrouver **alors que dans le temps les erreurs on ne les retrouvait pas**, on ne cherchait même pas à les retrouver je dirais. Pour retrouver les erreurs dans le temps il fallait sortir trois tonnes de papiers, alors ce qui fait que souvent ça ne valait pas le coup."*

Irruption de l'outil technologique et plus particulièrement informatique qui rend ainsi possible l'existence d'une archive beaucoup plus performante du fait qu'elle devient plus aisément lisible et visible, accessible, infinie de par sa capacité de traitement et de stockage de l'information. De même, Jean, à propos de l'exemple particulier de l'imprimerie de l'hôpital, nous a indiqué que cette irruption de l'informatique avait aussi remis en question son utilité. En effet, et de plus en plus, selon lui, les services avaient recours à des imprimantes perfectionnées, à des scanners et cela afin de produire eux-mêmes leurs imprimés sans en appeler désormais aux services d'imprimerie traditionnelle beaucoup plus lents du fait d'un équipement plus ancien.

L'Âge d'Or

Comme nous venons de le voir, l'irruption de l'extérieur est perçue comme une dynamique qui, pour les personnels, interroge la réalité même de l'institution, que ce soit son histoire, son espace ou encore l'ensemble des pratiques et des corps de métier qui lui sont propres. Dynamique nécessaire mais en même temps incontrôlable, inéluctable, qui semble déborder les rythmes et habitudes qui auparavant définissaient l'hôpital psychiatrique. Il y a du dehors, un dehors que ne peut plus cerner et contenir les murs. Il y a aussi de l'incertitude, le sentiment d'une perte face à des frontières qui ne peuvent plus être aussi aisément délimitées qu'avant. Ainsi, c'est une singularité, la particularité de ce qui faisait que Le Vinatier existait en tant que tel, dans son propre régime d'autosuffisance, qui se voit interrogé. Singularité éclatée par la multiplicité de ce qui est considéré comme l'*au-dehors*, générant par là un malaise puisque brouillant des repères qui semblaient depuis toujours posés là.

Pierre : *"Quand je suis arrivé là j'ai été surpris par la mentalité propre au Vinatier, de la fonction publique, travailler comme à l'extérieur c'est totalement différent, c'est le jour et la nuit et puis... il faut s'y adapter, il faut..., si on veut y rester on est obligé d'être comme les autres, à un certain niveau bien-entendu, à chacun son caractère ! On est obligé de s'y faire, c'est vraiment..., c'est pas la **grande famille** mais... c'est... un petit peu quelque part. Il y a beaucoup d'anciens, il y a des gens ça fait vingt ans, trente ans qu'ils sont là. C'est les piliers de Vinatier."*

Pour Pierre, franchir le seuil de l'hôpital, afin d'y travailler, a représenté ainsi, rétrospectivement, sa confrontation à une collectivité, mais aussi son intégration dans un réseau de relations interpersonnelles qui semble tramer l'institution toute entière.

Cyril : *"malgré ce qu'ils disent... on est quand même vachement exclus de tout ce qui est décisions, ou tout au moins concertations, bon ce qui fait que au fil des années... on vient plus [-] maintenant pour venir travailler que par vocation je veux dire. C'est vrai que quand je suis rentré, c'est vrai que j'étais content de travailler pour l'hôpital du Vinatier, peut-être la jeunesse, je ne sais pas, mais j'étais content de, ouais ben voilà je travaille dans un hôpital, enfin pour moi c'était bien, j'étais content de travailler dans un hôpital."*

Bernard : *"Peut-être plus [+] maintenant que il y a quelques années, il y a quelques années c'était plus [+] mon boulot alors que maintenant c'est plus essayer de faire... **enfin de faire partie d'un ensemble** quoi et ouais... pour moi c'est important de savoir pourquoi on travaille, parce que*

*de travailler c'est une chose mais pas mes huit heures et puis rentrer quoi, c'est, c'est.... on fait partie d'une **grande équipe**, d'une grande équipe."*

Si ce sentiment d'appartenance est partagé par de nombreuses personnes, il peut aussi être vécu de manières relativement différentes. Comme une perte pour Cyril, par exemple, où le passé est idéalisé au détriment d'un présent à l'intérieur duquel il se voit isolé, donc moins concerné par la vie collective de l'hôpital. Pour Bernard, au contraire, le présent est plutôt perçu comme le fruit d'une lignée à l'intérieur de laquelle, avec d'autres, il s'inscrit.

Louis : *"Souvent les gens ils sont rentrés au Vinatier parce qu'ils avaient quelqu'un qui travaillait au Vinatier, parce qu'ils avaient quelqu'un qui travaillait... tout ça. Il y avait toute une..., alors ça c'est intéressant pour vous, donc c'est un vieil infirmier qui me racontait ça... il y a eu des vagues d'immigrations successives, il y a eu à une époque les Savoyards qui sont venus, il y a eu les gens de la Lozère, les mecs ils venaient... il y en a un qui venait et dix du patelin qui venaient après quoi... et puis après ça faisait des clans un petit peu, un qui était surveillant et puis tous ils venaient travailler dans son service, enfin il y a eu tout un tas de trucs comme ça hein, ils sont venus ou d'autres parce qu'ils avaient des gens... moi j'avoue que je suis venu comme ça quoi, je connaissais personne. Il y a eu les gens du Jura aussi, qui ont entraîné un petit peu et puis beaucoup de familles aussi, hein des familles complètes qui... y'en a une qui travaillait à la buanderie et le cousin qui était au service technique, plus le beau-frère qui était surveillant, la belle-sœur qui était infirmière enfin ça faisait des trucs, des noms beaucoup... maintenant j'ai l'impression que ça se tasse un peu, mais à une époque c'était ça. [...] Alors bon y'avait sans doute des soutiens, des trucs comme ça, mais c'était un peu asilaire, c'était une époque un peu asilaire... [...] Travail asilaire, parce que très figé, très hiérarchisé, très... enfin très... le chef c'était le chef du matin et le chef du soir, les gens par exemple m'ont raconté que les gens qui rentraient dans une unité de soins... chez le docteur machin, ils rentraient en équipe du matin et ils étaient en équipe du matin tout le temps et il y avait un chef du matin et c'était... il y avait pas du tout de... c'était très très figé quoi, les gens avec les patients allaient ramasser les patates, lui il avait pas connu les moissons parce que c'était encore avant mais on allait quand même ramasser les patates, il y avait les cochons, une vie très très en repli, très en autarcie."*

Héritage "asilaire" d'une époque où, selon Louis, la solidarité des personnels se voyait liée à une logique lignagière, où le travail s'inscrivait dans un mode de transmission traditionnel engendré par une perpétuation de générations successives de mêmes familles dans le lieu.

Louis encore : *"ça devient un peu dur, c'est-à-dire qu'à la fois il y a une espèce d'ouverture à l'extérieur et puis je vous dis à l'intérieur les gens ne peuvent plus rien faire parce qu'ils ne sont pas assez nombreux en effectifs et les patients dans tout ça... eux si on pouvait les interroger qu'est-ce que... quand on leur dit un après-midi : Ben non je ne peux pas parce qu'on est que deux. Après faire une séance de cinéma le soir c'est je sais pas [sourire] en quelle mesure... moi j'ai connu par exemple, sans faire trop passéiste, j'ai connu tous les mercredis après-midi il y avait une séance de ciné au Vinatier pour les patients, il fallait voir, c'était... il y avait tous les services qui y allaient, chacun y allait avec ses dix patients, mais il y avait du monde, les gens se rencontraient, les patients, machin et cætera [...] Il y avait beaucoup de lits aussi quand même à l'époque, alors c'était peut-être en vase clos quand même, mais sur ce qui est finalement en dernier ressort notre objet, c'est-à-dire la qualité de vie et de soins aux patients, je crois que **les patients ils s'y retrouvaient**, alors je ne dis pas qu'il faut rester qu'entre... hein, mais l'ouverture ok mais..."*

Et ici, de nouveau, l'ouverture se profile, constituant ce qui a rompu l'équilibre d'un univers où tout le monde paraissait se connaître, où régnait une certaine convivialité ("les

gens se rencontraient, les patients, machin et cætera"). Dans ce discours, l'hôpital, ou du moins l'hôpital d'antan, transparait comme ce lieu privilégié de reconnaissance de la folie, ce lieu où régnait une "qualité de vie et de soins", à l'intérieur duquel les patients se "retrouvaient", re-tissant par là les fils d'une socialité oubliée.

Christelle : "Moi j'ai un peu le regret de l'hôpital d'il y a quelques années, je trouve que c'était plus agréable pour travailler, maintenant ça devient beaucoup chacun pour soi quoi alors qu'avant on avait plus la notion d'équipe, ouais des services, moi je dirais il y a quelques années c'était agréable de venir travailler, il y avait une bonne ambiance et de nos jours je ne peux plus dire ça, à quoi c'est dû je ne sais pas. Mais j'ai... des fois j'essaie de comprendre, je me dis : mais pourquoi ? pourquoi ça a changé comme ça, pourquoi... avant c'était plus sympa, mais j'arrive pas à trouver de réponse encore, [Nous : L'hôpital s'est peut-être agrandi ?] non il s'est pas agrandi au contraire il est même plus petit, non. Petit à petit, petit à petit ça s'est dégradé les relations... [Nous : Et vous en parlez entre vous ?] Oui, moi des fois je le dis alors on me dit : Oh c'est parce que tu vieillis. [rires] Alors moi je dis : je ne suis pas du tout convaincue, moi je regrette quoi... Ouais c'est tout à fait ce que je pense, **il y avait l'esprit familial** et on ne le retrouve plus là, maintenant fini. Mais je pense qu'il y a quelques années on était bien, enfin c'était agréable de travailler ici, peut-être parce qu'il y avait une ambiance familiale et ça ça a disparu, cette ambiance familiale on la retrouve plus. On était plus sympa entre nous, plus sympa, plus à l'écoute les uns des autres, on se serrait plus les coudes, on se serrait plus les coudes que maintenant. Je sais pas... il y a quelques années en arrière bon... je ne sais pas on avait besoin de dimanches pour un problème familial c'est quelque chose qu'on pouvait dire, ouais je ne peux pas venir bosser tel jour, j'ai ci j'ai ça, maintenant bon on en parle même pas quoi de nos problèmes, si on a des problèmes on en parle pas... on a perdu en qualité de relations. C'est vrai aussi qu'il y a quelques années en arrière y'avait, y'avait des familles entières qui travaillaient au Vinatier, et maintenant on voit plus ça, c'est... peut-être que **ça contribuait à l'ambiance familiale**, par connaissance oui. Maintenant y'en a plus [-]. Ouais pour ce qui est des chefs, bon avant... les chefs passaient, devenaient chefs par ancienneté parce qu'on estimait qu'au bout d'un certain temps bon qu'ils étaient capables d'être chefs, qu'ils avaient les connaissances pour être chefs, maintenant il y a l'école de cadres qui... ouais qui forme des chefs. [...] C'est vrai qu'on parle beaucoup de soin... euh [rires sur le lapsus], on parle pas beaucoup de soin et on parle beaucoup de budget, de choses comme ça, c'est sûr, c'est sûr, des fois je sais que moi ça m'agace, quoi je dis : mais bon sang nous on est infirmiers, nous on s'en fout de tout ça et puis ça nous gêne pour travailler, pour penser, quand on nous parle de budget, d'économie, de..."

Thierry : "Oui c'est vrai que **dans le temps c'était plus familial** si vous voulez hein, bon on connaissait beaucoup de monde, c'était plus familial parce que toutes ces corvées amenaient des relations, choses qui n'ont... qui ne se font plus maintenant, maintenant il y a des gens qu'on a jamais vu, qu'on aperçoit et avec qui on a pas de relation et on se demande si on en aura à un moment si on est pas confronté comme ça dans des journées de formation ou autres, c'est à peu près... à moins que les gens viennent ici pour le travail, il y a à peu près que ce genre de chose qui peut faire qu'on ait des relations parce que bon c'est vrai que nous on ne bouge pas trop d'ici. [...] Il y a de l'évolution mais les choses ne bougent pas de la même façon, je sais pas... j'ai peut être pas les mots pour traduire ça mais c'est un petit peu ça, bon c'est vrai qu'il y a moins de personnel soignant aussi. [...] La diversité fait qu'on se voit moins donc, on voit plus [+] de monde sur l'ensemble mais pas du tout comme c'était auparavant je veux dire... Les choses ont changé, la pharmacie est livrée, le linge est livré, les repas sont livrés, je veux dire on a plus [+] l'occasion de

faire des démarches administratives, il s'en fait davantage mais bon... il suffit de faire un courrier, de téléphoner, c'est des choses qu'on fait mais... Même au mois d'août il y a des années mais bon il y avait du monde, regardez ça, on voit plus rien, même bon je vous dis on veut bien qu'il fasse chaud mais on voit plus personne, ah on voit beaucoup de voitures stationnées sur les parkings ça c'est vrai il y en a, ou alors il faut aller là où les gens se rassemblent, à la cafétéria et encore... il y a eu des époques... il y a moins de monde, mais c'est vrai qu'il y a moins de monde sur l'hôpital c'est vrai."

Nostalgie d'un âge d'or, d'une époque bénie où l'hôpital par sa clôture bénéficiait d'un tissu de relations aux réseaux très serrés. Comme si les murs qui encerclaient l'asile avaient *nécessairement* rapprochés les différents protagonistes (patients, soignants et non-soignants), qui, par leur présence et leurs activités diverses, constituaient, tout en ne cessant de les réinventer, les lieux communs d'une vie de collectivité. Pour Thierry, le présent de l'hôpital serait alors un peu un temps de fixité, d'immobilisme et d'abandon qui contraste étrangement avec les perceptions d'une ouverture qui elle, au contraire, par l'incertitude et les bouleversements qu'elle provoque, viendrait déranger l'ordre et le calme qui régnaient sur le lieu. Ainsi, la cafétéria n'apparaît plus comme cet espace traversé de part en part par les troubles et les désordres du dehors, tel qu'il était évoqué précédemment, mais bien plutôt comme la concrétisation d'un espace peu à peu déserté. Mais peut-être que le dehors est aussi cette absence, ce mouvement qui empêche de circonscrire les individus à un moment donné et à une place donnée. Peut-être aussi que ce mouvement d'ouverture des portes amène à accepter que les choses s'échappent, laissent derrière elles un vide, une vacuité. C'est encore, par delà les figures d'un asile qui protège tout autant qu'il sépare, accepter que les liens de l'aliénation, qui auparavant reliaient de façon inextricable tous les protagonistes de l'institution, lentement se distendent... C'est peut-être enfin accepter que le patient, dans sa folie, puisse, *lui aussi*, arpenter seul, dans une indépendance certes toute relative, l'espace du dehors, et qu'en devenant lieu de passage, Le Vinatier soit à la fois lieu de présence et d'absence, un lieu tout autant habité qu'abandonné...

Cependant, Luc relativise ce point de vue qui considère que l'hôpital dans le passé était entièrement dominé par un esprit familial totalisant et intégrateur :

"nous, avant, comme on était des techniques on portait des bleus, c'était la règle... quand on rentrait dans un secrétariat pour voir la secrétaire, on disait bonjour, personne ne nous répondait. Et on ne nous regardait pas... on ne nous regardait pas, [...] personne ne nous répondait, [parlant comme à leur place] : on n'est pas des gens qui ont des bleus, nous on est des secrétaires !! C'était comme ça à l'époque..., c'était comme ça à l'époque et puis ça a rapidement évolué, ça s'est... ça a évolué. [...] Ça a plus rien à voir parce qu'ils ont compris que c'était plus la même chose."

Dès lors, cette grande famille, selon Luc, pouvait aussi créer ses distinctions, ses hiérarchies, elle savait tracer des limites entre les différents personnels... Rappelons-nous aussi de ce panneau qui encore au milieu de ce siècle interdisait aux patients de franchir les limites de la chapelle et de se promener le long de l'allée principale de l'hôpital. Dans ce prolongement les récits des personnels retraités qui ont vécu cette période vont dans le sens de cette nuance et cela plus particulièrement concernant les relations entre corps médical et corps infirmier-gardien.

Emile : *"C'est comme dans les services, je me rappelle, il y avait des bagarres entre l'équipe du soir, l'équipe du matin. A une époque où les postes d'infirmiers étaient souvent très fixes : il y en a qui restaient vingt ans le matin et d'autre vingt ans l'après-midi. Comme à l'époque le corps médical était insuffisant, il n'y avait souvent aucun médecin l'après-midi, sauf le médecin de garde. Donc il y avait des infirmiers qui n'avaient jamais vu de médecins, les infirmiers de nuit, encore pire, et ça créait des luttes. Et certains malades psychopathes savaient très bien mettre en*

bagarre l'équipe du soir, du matin, de nuit. Donc, il y avait aussi, si on cherche les conflits entre matin et soir, même entre infirmiers..."

Benoit : "Les gardiens n'avaient pas le droit de dire quoi que ce soit. Ils n'avaient pas le droit de faire un rapport au médecin. Ils n'avaient pas le droit de dire au médecin ce qu'il avait fait avec le malade. Ce que le malade lui avait fait, si le malade lui était tombé dessus. L'infirmier, le gardien n'avait le droit de le dire. C'était au chef de service de le dire. C'était comme les militaires, comme l'armée. Vous aviez le surveillant général, vous aviez le chef de service, le sous chef de service, alors si vous aviez une réclamation à faire, il fallait commencer par le plus petit (rires)..."

Mais si, pour les personnels aujourd'hui en activité, ce qui ressort de ce sentiment d'appartenance à un esprit familial tend à s'estomper, ou du moins à ne pas être aussi manifeste dans leurs pratiques quotidiennes que cela peut leur sembler dans la manière dont ils conçoivent aujourd'hui les relations passées de l'institution, il est possible cependant de considérer certains éléments de leurs discours comme ce qui participerait de la perpétuation ou en tout cas du questionnement de ce sentiment d'appartenance à une collectivité.

Solange : "C'est vrai que le self tout le monde y va, donc il y a toutes les catégories professionnelles, par rapport à l'information oui c'est un lieu stratégique quand on veut informer le personnel... [...] Je pense à autre chose par rapport à l'information et le self... quand il y a des..., quand les syndicats veulent avoir l'avis ou sollicitent le personnel et bien ils viennent à la sortie du self parce qu'ils savent que là ils vont rencontrer des gens aussi divers que des infirmiers, des psychologues, des médecins, plus d'autres personnes, les services techniques, les services administratifs... sinon ils sont obligés d'adapter leurs horaires aux horaires de chaque catégorie professionnelle."

Bien que le self ne fasse pas l'unanimité dans les discours, il revient pourtant de manière récurrente interroger la façon dont les personnels habitent le lieu, s'y réunissent et s'y retrouvent. Pour Solange, par exemple, il apparaît comme un espace stratégique de communication et de relations. Pourtant, même si pour elle cette possibilité de rencontres est réelle, elle avoue ne pas y participer. Ainsi, beaucoup s'accordent à le présenter comme l'unique lieu de rencontre et pourtant beaucoup le pratiquent finalement que très peu ou seulement lorsque cette dimension stratégique en motive l'usage. La plupart des soignants d'ailleurs que nous avons rencontrés n'y vont pas, soit parce que leurs horaires ne le permettent pas, soit parce qu'ils n'en ont pas spécialement envie. Seul l'un d'eux nous a expliqué qu'il y allait *"des fois parce que c'est aussi là que les autres voient qu'on existe. Donc c'est toujours bien de temps en temps de... de se montrer"*. Quant aux personnels non-soignants, ils regrettent souvent que le lieu ne permette pas de recréer un espace collectif plus convivial, comme pour Jean : *"avant il y avait des grandes tables et tout le monde mangeait ensemble qu'on soit infirmier ou pas, qu'on ait une blouse bleue ou une blouse blanche... Maintenant c'est chacun dans son coin... des tables de trois-quatre on va se servir et puis voilà quoi..."*

Luc : "et les murs ici, les murs ici et les objets représentent l'histoire de tous les fous et de tous les personnels qui ont ouvert et fermé ces portes, qui se sont appuyés sur ces murs, qui ont gribouillé sur ces murs, qui ont... et c'est une aventure, c'est une histoire, c'est une aventure humaine, c'est une aventure de souffrance, c'est une aventure de malheur, c'est une aventure aussi de bonheur, c'est une aventure d'évolution, c'est... donc je crois qu'il faut savoir que quand on a les fous, quand ils étaient enfermés à partir de 1878, je crois hein, c'était en 1878 qu'on a commencé à les amener... ici ça a été de la souffrance, ça a été une aventure humaine aussi bien pour les gardiens que pour les malades, que pour les..., que pour tout ce qui s'est passé..., peut-être un peu moins pour les malades parce que certains n'étaient pas conscients, surtout pour tous les personnels et... dont certains ont vécu dans la pisse, dans la merde, dans dans et... et puis c'est l'histoire de la vie

*en général quoi, de l'institution en général donc tous ces murs qui sont ici sont imprégnés de cette histoire là donc, c'est pour ça qu'ils ont autant d'importance parce qu'ils représentent toute la vie, toute la souffrance, toute l'histoire et toute l'aventure humaine qu'il y a eu ici. [...] Au niveau mémoire, faut tout garder, je crois qu'il faut tout garder... parce que chaque instant qui s'est passé en ces murs, a vu une détresse, a vu une histoire, a vu un bonheur, a vu quelque chose, un événement qui s'est passé et je crois qu'il faut relier tous ces événements les uns aux autres. [...] Pourquoi est-ce que cet événement s'est produit là ? Ben parce que entre cet événement et celui-ci il s'est passé telle chose, une évolution, une évolution, des gens qui ont travaillé, des gens qui ont souffert, des gens qui s'en sont vus... et cet événement là s'est produit parce que entre celui-ci et celui-ci il y a eu une évolution, c'est donc... **il faut tout garder quelque part, tout garder quelque part.**"*

Au-delà de l'exemple singulier du self c'est, ici, l'hôpital dans son entier qui devient, et le discours de Luc est révélateur de ce sentiment plus général, la concrétisation de la totalité des cheminements et des existences qui ont traversé et arpenté Le Vinatier. C'est donc par les murs et dans les murs que résident les traces de ce sentiment d'appartenance, comme si la pierre même était imprégnée des scènes dont elle avait été le témoin, comme si, dans la tangibilité même des espaces, se matérialisaient passé, présent et avenir. L'architecture n'est plus alors ce spectateur muet qui, passivement, assisterait au déroulement de sa propre histoire, au contraire, elle la fait advenir, elle la réalise, se confond avec elle et apparaît comme le théâtre où s'entrecroisent simultanément toutes les temporalités. Un jour une soignante nous faisait visiter son service et, alors que nous empruntions un escalier datant de l'ouverture de l'hôpital, elle s'est arrêtée et, sur le ton de la confiance, nous a dit : *"j'aime bien marcher ici... parce que lorsque je vois ces marches usées... je repense à tous ces gens qui les ont empruntées, à... et à chaque fois ça me fait bizarre."* Ainsi l'acte même de déambulation devient synonyme de remémoration...

Et cette déambulation-remémoration finit par traverser l'institution toute entière. Institution qui, en tant qu'événement-espace d'interrelations où les liens entre les différents acteurs de l'hôpital et ses multiples lieux se combinent, se mêlent, font advenir cette notion complexe dans laquelle se répondent de façon diffuse, pour reprendre Gilles Deleuze, *visibilité* (en tant que matérialité des espaces et des bâtiments) et *énoncés* (en tant qu'ensemble de discours mais aussi de savoirs qui constituent, qui trament les pratiques quotidiennes de l'hôpital). Ainsi pour André : *"j'oublie jamais l'institution c'est à dire que tout ça c'est toujours intégré dans un ensemble qui est le Vinatier qui est au cœur de cette grande cité Lyonnaise"*. Pour certains cette idée d'institution se mêle jusqu'à se confondre avec celle de service public. François nous a même dit que pour lui *"l'histoire du Vinatier, c'est comme un temple, le temple du service public"*. De même pour Anne, *"c'est vrai qu'une personne déprimée qui se retrouve dans un service d'entrée où il y a des grands violents... bon ben c'est forcément très choquant pour la famille quand ils viennent, pour la personne elle-même, et en même temps je pense qu'il y a un travail, ce n'est pas pour défendre l'hôpital public, mais je pense qu'une personne déprimée qui va en clinique on lui passera tant de perfusions parce que c'est des cas et que ça fait rentrer de l'argent parce que bon ça rapporte et c'est pas pour ça qu'elle sera vue plus souvent par des médecins qu'ici bon ben ma fois où le médecin la verra tous les jours, on fera peut être une ou deux perfusions aussi mais bon... enfin je pense que l'approche est complètement différente mais que la personne... **enfin je ne veux pas dire sera mieux soignée parce que ça fait très chauvin mais en tout cas sera aussi bien soignée mais bon... peut être mieux"**. Par conséquent, pour Anne, l'institution et la logique dans laquelle elle s'inscrit sont corrélativement liées à l'idée d'une qualité et d'une attention envers les malades plus importantes, même si, selon elle, la rencontre avec la folie demeure pour l'extérieur la confrontation à un monde *"très choquant"*. On voit très clairement dans l'opposition qu'elle pose entre service public et cliniques privées que ces craintes, dont nous avons*

préalablement parlées quant à une rationalisation trop importante des soins où la thérapie se trouve nécessairement mêlée à des impératifs économiques, se profilent de nouveau ici, dans ce discours. Il y aurait d'un côté le monde de la clinique, du privé, de l'extérieur finalement, tout entier larvé par les tiraillements et les rythmes effrénés de la société contemporaine et, de l'autre, un temple, un *asile*, et étymologiquement rappelons nous de la forte connotation protectrice que portait en lui ce mot, lieu inviolable de sérénité séparé des tumultes de la cité et où ne régnerait que dévouement et don de soi.

Dans ce prolongement, Laurence : *"Je suis pour à cent pour cent, c'est clair. Bien sûr qu'il faut garder l'institution, il ne faut pas toucher à ce qui existe c'est ce qu'on est malheureusement en train de faire, on réduit le personnel, tout ça. Il faut absolument que l'institution soit là, mais il faut que les gens vivent leur vie avec leurs difficultés, comme nous tous, il faut, il faut... Ah moi je ne suis pas du tout pour l'enfermement c'est clair. Donc quoi que les gens fassent à l'extérieur que ce soit CMP, centre de jour... moi je suis pour. D'abord c'est la proximité, c'est sûr hein, les gens sont dans les quartiers, on se connaît, et ça c'est pas rien, c'est énorme."*

Déchirement de cette institution... qui doit à la fois préserver cet héritage de l'accueil, mais un accueil bien circonscrit, bien distingué de ce qui faisait la société globale, et en même temps la nécessité d'affronter le vertige du dehors afin de ne plus couper de toute trace de sociabilité les hommes qu'elle a en charge de soigner et de guérir. Et nous ne pouvons oublier ce visage de ce vieillard que nous avons croisé au détour d'un couloir de service et à propos duquel la soignante qui nous accompagnait nous disait : *"Vous voyez cette femme là bas et bien elle a toujours été ici... et il y a de fortes chances qu'elle meurt ici."* Visage sur lequel semblaient inscrites toutes les tensions de l'histoire de l'institution, et qui, comme les pierres dont nous parlait précédemment Luc, renfermait muettement la brisure de ce qu'avait pu être la chronicité des temps asilaires...

Fermetures et seuils

Mais au delà de ce déchirement constitutif à ce que paraît être la réalité de l'hôpital aujourd'hui, celui-ci se voit aussi traversé par d'autres constats qui mettent en évidence son fonctionnement et les modes de relations qui l'organisent.

Ainsi, pour ces personnels non-soignants, plus particulièrement techniques :

Jean : *"Oui, si jamais on peut pas laisser un sac ou des outils seuls il faut toujours qu'il y ait quelqu'un à côté... les clefs, fermer les portes, machin... c'est ça. Faut s'y faire ça... **je dirais pas que c'est la prison mais c'est... c'est tout cadenassé quoi.**"*

Pierre : *"Les services c'est tout des cellules, là c'est tel pavillon, tel service et puis étant donné que c'est fermé à clef, il faut la clef et vous sonnez pour qu'on vous ouvre la porte et on la referme derrière vous, ici, ici, personne rentre, si il rentre les gens par exemple ils vont sonner, taper à la porte non et puis après sonner et attendre là au début, ils ont rien à faire ici, bon certains rentrent parce qu'ils connaissent mais il est vrai que c'est tout des familles, c'est tout des clans, moins peut-être aujourd'hui parce que les gens parlent entre eux mais il est vrai que à une époque il n'y avait que des clans et ça existe toujours, tel service c'est tel service [...] les services commencent à se mélanger un petit peu mais c'est pas des unités de soin, eux ils sont encore plus fermés que nous, nous on peut laisser la porte ouverte eux peuvent pas. Et puis il y a des services vous pourrez pas... enfin si vous allez pouvoir rentrer mais en demandant au surveillant, on va vous ouvrir la porte, mais c'est fermé c'est clair, **il y a une mentalité qui est propre à chaque service**, enfin une mentalité... ou une façon d'être. [...] Quand on va dans un service qui n'est pas le nôtre, nous on arrive là bas on a rien à foutre chez eux, on est pas chez nous c'est clair. Dans la rue on est chez nous, dans un service on est plus chez nous, on est dans un service, c'est comme là vous êtes pas chez vous vous êtes dans un service [...] On ne l'impose pas aux gens mais j'avais pas réfléchi à la chose... mais il est vrai que c'est comme cela que ça tourne c'est pas autrement. [...] Si on ne vous le dit pas on va vous le faire sentir, ou on va vous le dire, mais si on ne vous le dit pas on vous le fait sentir. Vous le sentez quand vous arrivez vous n'êtes pas à l'aise, [s'adressant plus particulièrement à nous] là on vous laisse à l'aise on ne vous agresse pas."*

De nouveau Pierre : *"C'est toujours les mêmes, c'est des clans, ça a toujours existé [...] c'est telle et telle personne point on ne se mélange pas, celui là il a son bleu il a son bleu. [...] ça bouge pas, c'est vraiment propre aux services, ça s'éclate pas dans le Vinatier"*

Il ressort que pour eux, même si leur appartenance à l'hôpital particularise leurs pratiques en cela qu'elles sont adaptées à un environnement spécifique à savoir celui d'une institution psychiatrique, ils se situent pourtant à l'intérieur de celle-ci en se distinguant de la totalité des autres personnels. Chaque service est, en effet, affirmé en tant qu'entité propre et ne semble devoir son existence que par le fait qu'il s'oppose aux autres, *"tel service c'est tel service"*, et même en tant qu'entité physique il s'agit toujours de franchir une limite, une frontière avant de pouvoir y pénétrer. Cette distinction crée une coupure nette entre ce qui ressortirait d'un monde commun, d'un espace du dehors, la *"rue"*, et un espace singularisé à l'intérieur duquel on ne peut entrer qu'autorisé, au sein duquel doit régner comme un sentiment de malaise faisant pleinement ressentir l'impression que l'on est *ici* et pas ailleurs.

Pierre affirme que ce sont tout de même les services soignants qui lui apparaissent comme les plus clos, *"cadenassés"*, se distinguant alors d'autant plus de l'ensemble du Vinatier.

Cyril : *"c'est peut être pas bien ce que je vais dire mais il y a, il y a, il y a déjà longtemps j'allais dire les gens qui étaient embauchés dans ce genre d'hôpital... ça n'engage que moi ce que je dis, mais je parle au niveau infirmier, c'était quand même surtout par rapport à leur tour de bras j'allais dire, ce qui fait que tous ces gens bon qui avaient donc un certain âge quand moi je suis*

rentré, qui avaient quarante, cinquante ans... ben ils étaient vachement plus abordables avec nous j'allais dire parce qu'on sortait un petit peu du même milieu, on avait à peu près les mêmes connaissances intellectuelles j'allais dire... qui n'étaient pas très élevées ce qui fait que l'on arrivait à concerter alors que maintenant, maintenant, maintenant vous parlez aux infirmiers bon... il y a un écart intellectuel qui est beaucoup plus grand... donc ce qui fait que c'est moins valable parce qu'on a pas les mêmes points d'intérêt. Je pense que c'est réel. Il y a un tas de choses qui fait que à l'époque... ouais c'est peut-être con ce que je vais dire... le truc qui réunissait énormément de gens dans le temps, maintenant c'est fini ça hein, mais dans le temps ce qui réunissait énormément de gens dans le temps c'était par exemple le casse croûte, de neuf heures le matin, de neuf-dix heures, que ça soit infirmiers, ouvriers, ce que tu veux, c'était vachement dans la tradition française, le casse croûte à neuf heures avec le verre de vin et une rondelle de saucisson... et que l'on était infirmier ou que l'on était ouvrier... ça c'était pas un problème, c'était un petit peu culturel, c'était français, c'était culturel, alors qu'on a l'impression que maintenant il n'y a plus ça, donc déjà ça aussi fait que des gens ben s'éclatent, on en revient à ce que je disais tout à l'heure... et c'est vrai que ça c'était quand même une..., j'allais dire une culture populaire, faut dire que maintenant c'est vrai que on a l'impression que les gens ont honte de dire qu'ils font partie du peuple j'allais dire, tout le monde se donne une étiquette en disant : ben moi je ne suis pas ouvrier, je suis infirmier... l'autre : moi je suis ouvrier, mais je suis ouvrier spécialisé, je suis ouvrier qualifié... et c'est vachement plus marquant qu'avant, c'est... maintenant il y a des chefs... les chefs, où il y avait toujours des chefs et des ouvriers qui ne se prenaient pas pour... pour de la merde mais disons je trouve que c'est beaucoup plus marqué maintenant."

Jacques : "Ça communique oui mais c'est difficile quand même, ça communique oui mais c'est difficile parce que chacun a son petit budget, chacun a son... a sa mission et des fois c'est difficile, il y a un petit peu des gens qui sont peut-être un petit peu égoïstes, je veux dire hein j'ai pas l'impression que les gens..., ça dépend certains services ils collaborent très bien, moi je vois par exemple avec les services techniques nous collaborons très bien mais entre..., avec les services soignants c'est différent, **on a pas le même contact** déjà, hein... je n'ai pas toujours l'impression que ça communique bien, on a pas l'impression que l'on travaille dans le même... c'est un peu logique eux ils sont soignants nous on est plutôt techniques alors il y a quand même une barrière qu'il n'y avait pas avant par contre, il y a une trentaine d'années d'après ce que j'ai entendu après les anciens c'était différent, **on a l'impression que les gens ne sont pas issus du même milieu**, de la même couche sociale, on a cette impression, on est soignant paf tout de suite il y a une hiérarchie qui s'installe, oui tout à fait, oui oui, on voyait bien avant quand on était habillés en bleu maintenant on a changé un peu de tenue donc c'est déjà un petit peu plus joli, les gens on était complètement ignorés vous voyez, ça c'est typique à l'hôpital c'est pas... il faut dire qu'il y avait aussi beaucoup de personnel ça peut expliquer, ça peut expliquer cela, il y avait beaucoup de monde aussi, un peu l'anonymat, c'est une grande structure hein."

Ici encore l'image d'un passé radieux, d'un temps d'une convivialité non différenciée est invoqué. L'hôpital, l'hôpital des "anciens", serait ce lieu où régnait la reconnaissance mutuelle d'une appartenance commune à un même creuset, cette même "tradition" qui rendaient harmonieux tous les liens de communication interpersonnels. Dès lors, ce partage d'un statut identique, substantiel, celui de l' "ouvrier", uniformisé et clairement identifié par son "bleu", dissolvait en un unique modèle tout ce qui pouvait singulariser les métiers de soignants et de non-soignants. Or, l'hôpital d'aujourd'hui semble avoir rompu avec ce modèle de l'indifférenciation et privilégier la délimitation de deux mondes qui paraissent fonctionner sans réelle complémentarité, plutôt l'un à côté de l'autre que l'un avec l'autre. Comme nous l'a dit Henri, "la partie médicale elle est quand même assez imbue d'elle-même", tout comme les précédents acteurs il perçoit une frontière qui non seulement marque une distinction de pratiques mais aussi entraîne une impossibilité de se comprendre, de dialoguer et par là de se reconnaître.

Mais de la même façon, les membres du personnel des services techniques se distinguent de ceux des services administratifs.

Pierre : *"L'administratif et le technique c'est deux mondes différents et même si on parle avec eux ils bougent pas dans les ateliers, ils connaissent rien au principe"*

Jean : *"Comme nous on est habillés en bleu ils pensent qu'on est à leur disposition, des fois on est obligé de leur dire... : Oh on se calme. Et eux ils répondent : Ah mais on avait pas fait attention... Oui mais bon... oh il faut se calmer... Ouais parce qu'ils s'imaginent pas ça eux, ils sont dans les bureaux, ils s'imaginent pas... ils ne savent pas comment ça se passe..."*

Contrairement au monde soignant, il y a toujours possibilité de dialogue pour les services techniques avec les services administratifs. Ce sont certes *"deux mondes différents"*, dont un qui ne sait pas *"comment ça se passe"*, mais entre lesquels la parole peut circuler et cela en raison d'une commune appartenance à des services qui ne sont pas directement liés à la psychiatrie et plus particulièrement au traitement des malades. Comme l'a dit Jacques, *"eux ils sont soignants"* et cette *"barrière"* résiderait peut-être ici, dans une proximité à la maladie qui engagerait un mode de savoir, une appréhension de la pathologie et par là de *"l'autre"* différentes, et face à laquelle les non-soignants se sentiraient comme exclus, comme à la marge d'un univers aux secrets inaccessibles.

D'ailleurs, Bernard, membre des services administratifs partage cette idée d'une distinction entre les personnes liées directement à la maladie mentale et ceux qui n'y ont pas affaire immédiatement : *"ben on a tendance à bien faire la distinction entre les soignants et les non-soignants, bon ça ça crée des..."* et tout comme Cyril et Jacques, il regrette cet Âge d'Or de l'indifférenciation, cette époque où *"c'était un petit peu plus convivial, autour de la table tout le monde parlait à tout le monde, on se connaissait..."* même si *"ça ça se perd..., ça se perd de plus en plus"*, parole qui donc, tout comme ces liens lignagiers dont nous avons précédemment parlé, se verrait lentement s'effiloche.

Mais qu'en est-il pour les personnels soignants ? Comment perçoivent-ils, eux, les relations entre les différents services soignants et non-soignants ?

André : *"Et c'est vrai que l'on crève de ça, c'est vrai que l'hôpital aura à y gagner au moment où on nous demande de travailler en réseaux avec l'extra-hospitalier on est même pas capable de travailler nous-mêmes en bonne intelligence entre nous, autant de secteurs, autant de petits hôpitaux... [...] Mais c'est vrai que c'est une grosse difficulté en psychiatrie c'est ce **cloisonnement**, c'est pour ça que je dis que complémentarité c'est un terme que j'utilise avec beaucoup de précaution parce que quand on dit que l'on travaille en complémentarité les uns avec les autres, en complémentarité avec les services sociaux extérieurs, ça signifie tout simplement que **l'on travaille chacun chez soi à côté de l'autre mais jamais ensemble**"*

Christelle : *"Il y a pas de relations moi je dirais, non, non parce que nous on est entre deux services différents et on communique pas entre nous sauf besoins mais on communique pas. Nous on communique..., dans ce service, parce qu'on est amenés à communiquer pour travailler ensemble, mais après... avec les voisins non. C'est un peu regrettable parce que bon... **on est à côté et on se parle pas.**"*

Sylvain : *"Non c'est très... chacun prêche pour sa chapelle... même dans le service où j'étais [...] les relations avec le service d'à-côté étaient minimales, minimales minimales, [...] on se voyait quand il y avait un patient placé chez eux mais il n'y avait pas d'échanges, ni même avec les centres médicaux psychologiques sur l'extérieur, très très peu, très très peu, un peu plus des échanges téléphoniques mais très rares, pas de rencontres avec les gens... très peu de... sauf pareil, hein c'est pareil sauf en cas de crise importante, un patient qui pose un gros problème dont on ne sait plus que faire là oui effectivement il y a une rencontre, on fait une réunion clinique mais c'est excessivement rare. Non il n'y a pas..., pas au niveau des infirmiers en tout cas, des médecins oui parce qu'ils travaillent sur les deux pôles, en tout cas sur l'intérieur et sur l'extérieur... mais au niveau infirmier non il n'y a pas... très peu de choses."*

Anne : "A l'intérieur d'un service il y a des relations je veux dire, entre les différentes unités, mais en dehors... assez peu, à mon avis assez peu, chaque service a sa politique personnelle qui... il me semble que c'est assez... mais comme je connais peu ce qui se passe sur le restant de l'hôpital..."

Quand les personnels non-soignants nous parlent des services de soins, ils les présentent comme un ensemble indissocié (les "infirmiers" de Cyril, les "services soignants" de Jacques, la "partie médicale" de Henri...). Cependant nous pouvons voir à travers ces discours de soignants combien la réalité est vécue par eux autrement. En effet, dans ce "cloisonnement", où l'on est bien obligé de se parler puisqu'on travaille ensemble même si les "voisins", en l'occurrence les personnels appartenant à l'unité de soins la plus proche, sont ignorés, il semblerait que les seuils aient été multipliés. Plutôt que d'un seuil unique qu'il s'agit de franchir lorsque l'on entre dans l'hôpital, il s'agit désormais de reporter cette limite entre un au-dehors et un au-dedans ailleurs, à savoir à partir de la porte même de chacune des différentes unités de soin. Ici plutôt que du sentiment d'appartenance à un même corps de métier c'est bien plus l'impression de fragmentation et de parcellisation qui domine la manière dont ces soignants se pensent et pensent la place de leur activité dans l'institution. Et il est vrai que lorsque l'on se hasarde aux alentours des pavillons, on ne peut être que frappé par cette impression *a priori* de distinction physique et de distance qui paraissent les clore sur eux-mêmes ; comme le dit André, on a effectivement le sentiment de se confronter à une multiplicité de "petits hôpitaux" essaimés à l'intérieur même de l'hôpital.

Fabienne : "ça a évolué mais je ne sais pas si c'est positif ou négatif. Du temps... quand j'étais dans les premiers services on se connaissait tous, il y avait trois, quatre unités mettons, un manquait l'autre remplaçait, on se téléphonait on tournait. Quelqu'un était malade : est-ce que tu peux venir nous aider ? que maintenant d'en haut à en bas, ils sont quatre ou cinq en haut [...] en bas ils sont deux, ils sont quatre dans des services qui sont calmes, parce que moi je suis très observatrice de la charge de travail [...] donc si il y a dix-sept malades calmes et que dans le service à côté il y en a vingt et qu'ils sont que deux, la logique voudrait que l'infirmier sans qu'on lui demande descende, logique... [...] mais non; ça se passe pas comme ça."

Ce dialogue entre Valérie et Michelle :

Valérie : " - Et puis des idées qu'on aimerait appliquer ça serait de travailler quand même plus... plus avec les médecins, les... psychologues, il y a des gens que malheureusement... moi je trouve qu'ici on n'est pas assez... on ne voit jamais, on a pas beaucoup de concertations... je sais pas si ça vient que d'ici ou si c'est général parce qu'il y eu des époques..., alors maintenant c'est peut-être aussi d'après les époques, nous on a eu des époques où on travaillait mais bien tous ensemble, on voyait bien le médecin chef, il venait, il passait, il disait bonjour aux patients, il était bien proche des patients, à l'écoute des infirmiers... et je ne sais pas si c'est l'époque ou quoi mais là vraiment je trouve que... Oh la la **on ne voit plus personne quoi**, c'est-à-dire que chacun..."

Michelle : - Il y a d'autres préoccupations qui passent avant nous...

Valérie : - Voilà exactement, chacun suit ses objectifs et ils ne sont pas du tout les mêmes et **chacun est dans son coin**, on ne voit plus personne donc on travaille... on est très isolées là, pour l'instant dans notre travail on fait ce qu'on peut mais vraiment on a pas de ligne..., de ligne directrice, on a rien, on a pas de... on est assez seules, on est perdues un peu des fois, mais c'est vrai que quand on travaille comme ça sans médecin, sans psycho, sans personne... mais justement... ça dépend des services, ça dépend des services aussi, ça dépend du médecin aussi, voilà et puis ça dépend du médecin, moi je dis aussi que le médecin il fait quand même pas mal, j'ai connu des services mieux.

Nous : - Et vous n'avez pas de réunions ?

Valérie : - Oui on en a des réunions.

Michelle : - *Mais ce qu'on se dit en réunion des choses qu'on pourrait... où les gens en réunions arrivent à se poser des questions complètement... idiots parce qu'en fait ils passeraient la porte et ils auraient la réponse à toutes leurs questions en mettant simplement un pied ici.*

Valérie : - *Exactement."*

Toujours Michelle : *"On devrait, par rapport aux patients... on devrait..., mais malheureusement on a pas tellement de relations... alors on a des synthèses avec les patients et leurs référents de temps en temps, tous les trois-quatre mois, et quand il se passe quelque chose et cætera et ben on est pas toujours au courant, ils ne nous téléphonent pas, on est assez isolées aussi à ce niveau là. [...] Ils font des choses de leur côté, nous on fait des choses du nôtre et c'est rare quand on arrive à se coordonner, c'est dommage là aussi."*

Outre cette impression de parcellisation, c'est encore l'impression d'isolement qui ressort de ces extraits d'entretiens. Comme si ces soignantes, mais cela était aussi perceptible pour d'autres personnes, ressentait une coupure dans l'ensemble des réseaux qui constituent non seulement leur service, pour le cas de Fabienne, mais aussi, dans le cas de Michelle et Valérie, des différents acteurs institutionnels sensés les accompagner dans leurs pratiques. Ainsi, cet isolement apparaît presque comme une mise à distance physique des personnels. D'un étage à l'autre, c'est l'ignorance mutuelle qui semble régner, de même, c'est dans le simple franchissement d'une porte que pourrait se résoudre une incompréhension sous-jacente. Et comme pour ce que certaines personnes des services techniques nous ont dit, c'est encore cette image d'un passé où tout semblait se dire sans entraves qui se profile ; passé de ces "temps" ou encore de ces "époques" où, selon ces soignantes, les relations n'avaient pas à être institutionnalisées pour s'effectuer.

Laurence : *"Oui c'est une machine, c'est le fonctionnaire qui la fait fonctionner quoi. Une machine, bon il peut arriver qu'on ait au bout du fil quelqu'un d'un autre service parce que si on avait un subsistant [terme désignant un patient placé dans un service qui ne correspond pas à son secteur] le personnel appelle pour avoir peut-être des nouvelles je sais pas, si notre chambre d'isolement est fermée ou occupée, en tout cas il nous faut pareil contacter un autre service sur l'hôpital, c'est vraiment à la faveur de ce genre de problèmes comme ça, mais autrement non je n'ai pas de contact avec les autres services, pas moi en tout cas. Je ne sais pas les autres. Je vous dis tout est..., moi je trouve moi que les gens prennent tout de manière ironique alors tout ce qu'on dit tombe forcément, c'est nul quoi. Moi ça m'a été difficile au départ, bon il faut s'habituer à tout quoi, aussi accepter les fonctionnements des gens.. C'est pareil avec le personnel technique..., tout à l'heure il y avait deux personnes qui réparaient un vasistas c'était : bonjour monsieur, il vous dit : alors vous avez un problème de vasistas ?, moi je dis : et bien allez voir la surveillante, elle se trouve à la cuisine à gauche. Bon voilà c'est tout."*

Nadine : *"Non non non, on est..., non non non, même nous notre service avec celui d'à côté on a pas de contacts, les gens ils ont des contacts pour aller remplacer c'est tout, ils vont remplacer, il manque du monde pour remplacer c'est tous les contacts qu'ils ont [rires], c'est tout. Mais je sais pas si les gens maintenant ont envie de... je crois que, non je crois que les gens n'ont plus envie maintenant de... c'est là où il y a une différence, avant on se connaissait d'un service à l'autre hein, voilà maintenant les gens n'en ont... non, on vient là, on fait notre boulot, on s'en fout de connaître les gens d'à côté."*

Christelle : *"On a aucune relation avec l'administration, aucune... [rires], aucune avec l'administration, avec les services techniques un peu parce que bon ils sont amenés à venir travailler dans les services donc..., ou par téléphone, ou quand ils viennent faire les travaux bon on les voit mais... c'est tout, l'administration.... on connaît pas [rires]. Et puis on le regrette pas..., si peut-être que ça faciliterait plus le travail bon que eux ils sachent ce que nous on fait, que nous on sache ce qu'ils font ça faciliterait un peu les démarches qu'on a à faire entre eux parce que des fois il faut négocier des petits trucs, on estime qu'on a pas à négocier si ils savaient comment ça se passe dans une unité ils ne demanderaient pas de négocier ça. Par exemple je sais pas un truc tout bête, on a besoin d'un ventilateur parce qu'il fait très chaud et ben on est obligé d'aller le négocier à*

l'administration, le KS4 [formulaire-type interne qu'il est impératif de remplir pour tout échange entre services] et puis un grand sourire avec."

Dès lors les relations entre services paraissent se réduire à la prise en charge de cas d'urgence ou d'impératifs matériels et techniques. Pour Christelle en particulier, quant à sa manière d'appréhender les services administratifs, c'est encore cette objection qui est avancée, et que nous avons déjà mise en évidence précédemment à propos des services techniques, à savoir le fait que les services non-soignants méconnaissent profondément les réalités propres aux unités de soin. Mais de manière générale, quel que soit le type de service, technique, administratif ou même soignant, c'est encore et toujours ce sentiment d'ignorance réciproque et d'isolement qui est avancé, voire totalement assumé, même si ce n'est sans une certaine amertume, comme pour Nadine.

Mais cette impression d'isolement est aussi, pour certains, généralisée aux relations qu'ils entretiennent avec les services externes comme dans ce dialogue entre Valérie et Michelle :

Valérie : " - *Et puis vous avez aussi maintenant la création de trois antennes, alors les antennes... je sais pas exactement très bien ce qu'ils font parce qu'on a pas très bien compris mais... ils font... [rires] [...] ce sont des formateurs qui... donc deux formateurs qui prennent un groupe de... combien ils ont de malades ? [elle s'adresse à Michelle]*

Michelle : - *Oh j'en sais rien moi, on sait pas ce qui s'y passe.*

Valérie : - *on sait pas bien et là ça consiste en évaluation je pense, ils font de l'évaluation, ils les forment à je sais pas quoi enfin bon c'est évaluation, dessin, je sais pas quoi... enfin bon, et ils essaient de les placer aussi, en CAT. [Centre d'Aide par le Travail]*

Nous : - *Vous n'avez pas de relations avec eux ?*

Valérie : - *Non.*

Michelle : - *Enfin on les voit... mais c'est vrai que...*

Valérie : - *Enfin on les voit ! on les entr'aperçoit mais... on est jamais allé dans les antennes, non, non on est vraiment à part, indépendants, donc le travail je pourrais pas vous dire exactement ce que c'est que le travail dans une antenne, je sais pas ce qui s'y fait."*

Cet exemple montre à quel point cette méconnaissance vécue dans le monde des soignants s'étend à l'extérieur de l'hôpital sur les structures externes qui lui sont liées. Là aussi il y a coupure, déficit d'informations, donc une communication rendue difficile par une impression de mise à distance, où plutôt que d'un travail en collaboration, les acteurs ne paraissent plus que "s'entr'apercevoir". Pour Sylvain, cette distance est tout de même à nuancer. Selon lui, "souvent les gens qui travaillent sur les CMP sont des gens qui ont travaillé sur l'intra, et... mais après... c'est vrai qu'on se dit qu'ils ont oublié, enfin bon... parce qu'ils travaillent différemment, c'est un travail un peu différent donc ils ont peut-être un peu oublié la façon de travailler... enfin voilà, c'est les querelles logiques et eux ils disent que nous on est qu'une bande de chroniques à l'hôpital, voilà... [...] C'est vrai que comme on fonctionne différemment on a des points de vue différents." Ainsi, passer du monde de l'externe, à celui du dehors, ce serait un peu "oublier", rompre avec ce qui fait la particularité de la pratique au sein de l'institution, comme si la psychiatrie de l'hôpital n'était pas tout à fait la même que celle pratiquée en externe, comme si l'opposition de ces "points de vue" résidait de nouveau dans la stigmatisation de ce temps suspendu, de ce temps de "chroniques", qui se veut l'exact opposé de celui, plus mouvant, de l'extérieur.

Afin d'expliquer ce cloisonnement, cet isolement et cette impression de non communication au sein de l'hôpital, les personnels tous types confondus, que nous avons rencontrés, avancent certaines explications.

Ainsi, André : "Alors ça, c'est le drame des institutions psychiatriques c'est-à-dire que chaque service médical, chaque médecin chef est seigneur de... je pourrais dire le duc de son duché à l'époque où le seigneur était sur un territoire donné [...] et c'est tout à fait ça, c'est-à-dire que **chacun est chez lui** [...] si l'autre a ça de plus il veut ça de plus, il n'y a jamais de réflexion... sauf en apparence réelle, enfin je veux dire de travail dans... je veux dire que c'est plus que de la complémentarité... je me méfie beaucoup, comme je l'ai dit, de ce mot maintenant, je veux dire de travail en interaction... mais c'est un drame, c'est un drame parce que il y a..., souvent il a été généré sur cette institution par exemple des infrastructures... qui auraient pu être communes à deux secteurs, où un médecin chef à lui seul ne justifiait pas d'avoir la structure en question mais bon voilà... dans le temps c'était les lits, c'est-à-dire que le médecin chef qui avait le plus de lits était le plus puissant, **il essayait de tout capitaliser.**"

Éliane : "Moi je vais vous dire donc j'ai beaucoup bossé, j'ai beaucoup bougé dans l'institution, alors je vais vous dire on travaille tous en psychotiques, on travaille tous en psychotiques, quand je vous ai dit bon c'est le médecin-chef et le surveillant qui fait c'est que donc... je ne sais pas combien il y a de services maintenant avec les restructurations dans l'hôpital, mais s'il y a par exemple douze ou treize chefferies et bien vous avez treize hôpitaux dans cette institution, parce que les pratiques sont différentes, les lois sont différentes, alors normalement on devrait tous avoir la même loi dans l'institution mais on s'aperçoit que les pratiques sont différentes et c'est donc du coup ce qui nous met tous en difficultés dans... [...] **C'est vrai que l'homme fait le service.**"

Bertrand : "Ah ça c'est pas terrible, l'hôpital est grand ici encore, il est immense, il y a énormément de médecins chefs ça c'est assez terrible, c'est loin d'être... c'est un peu schizophrène, ça veut dire que un médecin et l'équipe ils... moi je sais que chez certains médecins chefs il suffit qu'il y ait une porte entre deux pavillons et il suffit d'aller dans le pavillon d'à côté et on a l'impression..., les malades sont les mêmes, ils sont toujours les mêmes, mais **on ne parle pas des mêmes choses**, on a pas les mêmes façons de soigner les gens, c'est-à-dire que c'est un peu les idées des gens. Et c'est vrai que d'un service à l'autre il y a quand même pas mal de différences."

Pour ces acteurs appartenant au personnel soignant, c'est alors le médecin lui-même qui se voit désigné comme la source de ces dysfonctionnements et de ce déficit de communication entre les différents services. Il est à la fois, selon eux, celui qui accroît son pouvoir et son autorité, donc sa capacité d'action par la recherche systématique d'une accumulation et d'une possession d'unités de soin. Mais il est aussi désigné comme celui qui, par les modes de prise en charge médicaux particuliers des patients qu'il institue dans son service, contribue à cet isolement presque pathologique - Éliane parle de *psychose*, Bertrand de *schizophrénie* - empêchant de fait le moindre échange d'un service à l'autre. Il est vrai qu'un médecin nous avait fait part des tensions qui pouvaient régner entre ses collègues partisans de modèles théoriques et pratiques différents. En effet, pour lui, les tenants de ce qu'il nomme le "*tout-analytique*" ne peuvent que difficilement s'entendre et collaborer avec les partisans d'un modèle explicatif plus proprement biologiste. Les "*querelles de chapelles*" sont donc âpres et les interprétations ainsi que les thérapeutiques qui en découlent difficilement conciliables. Mais pour les soignants, c'est avant tout et de façon générale cette personnification des unités de soin qui contribue à créer ces seuils, ces frontières rendant, par là, impossible toute forme de dialogue, sauf nécessités, entre services.

Pour André : "Le milieu médical il va être obligé de suivre mais ça va être dur, parce que bon ils sont calés sur... **le mythe médical**, ils ont mis très longtemps à se faire reconnaître comme discipline les psychiatres... et maintenant il y a une espèce de mise à distance, mais ils savent très bien dans leurs têtes qu'ils sont au dessus de la mêlée, le jour où ils vont commencer à y rentrer ça ira peut être un peu mieux [rires]"

Le médecin serait alors celui par qui la séparation advient mais aussi celui qui, et nous retrouvons cette idée, agirait dans une sphère d'action semblant comme totalement distincte du reste de l'hôpital. Comme nous l'avons déjà indiqué, les services techniques considèrent les soignants comme un groupe uni, formant un monde radicalement différent du leur. Et cette interprétation peut être ici généralisée à ce même monde soignant qui lui aussi se voit segmenté, découpé en sous-parties difficilement conciliables. A l'intérieur de l'ensemble des soignants, il y aurait d'un côté le monde médical et de l'autre le monde paramédical, mais n'oublions pas non plus ce que Louis nous expliquait à propos de l'ordre infirmier qui, selon lui, aurait de la même manière phagocyté à lui seul, et cela par l'accaparement de la notion de soin, ce même monde paramédical. Mais ce sentiment de séparation n'est pas cantonné qu'aux médecins. Reprenons ce dialogue entre Valérie et Michelle :

Michelle : *"- oui mais au niveau des surveillants aussi, je trouve que ces jeunes cadres, je trouve qu'il y a une ambiance qui... qui est assez... les jeunes qui sortent là purs et durs de l'école des cadres ils sont assez spécial, c'est assez hard, pour des jeunes dis-donc. Ils sont très directs.*

Valérie : *- Est-ce qu'ils ont encore des contacts avec la réalité on se demande, ils sont très théoriques mais bon... sur le terrain c'est autre chose.*

Michelle : *- Oui oui tout-puissants, des gens tout-puissants, on revient aux vieux cadres d'il y a cinquante ans en arrière qui étaient tout-puissants... pareil."*

C'est encore alors ce reproche qui surgit, dont d'autres entretenus nous ont fait part, à savoir que même dans ce monde paramédical et plus particulièrement infirmier, puisqu'il est ici question des cadres infirmiers et de leurs formations, des dichotomies existent et instaurent des séparations quant à la manière d'appréhender la réalité institutionnelle. Ce sont des mondes qui semblent s'opposer, rentrer dans un conflit de pouvoir permanent et où l'on se renvoie, mutuellement, la méconnaissance de ce que serait réellement le "terrain", celui de l'encadrement pour les uns, celui de la relation permanente au malade pour les autres.

Cependant, malgré les efforts de l'institution pour concerter les personnels par diverses réunions, notes de services..., il demeure pour eux, toutes catégories confondues, que l'information si elle existe bien n'est que difficilement accessible, voire noyée dans un ensemble d'autres informations éparses et qui parfois leurs semblent éloignées de leurs préoccupations immédiates.

Ainsi, pour Luc : *"Je suis comme tout le monde, je n'aime pas cette évolution parce que d'abord je pense qu'on manque d'informations... on voit des choses qui se cassent **mais on ne sait pas où on va**, on ne nous a pas fixé un but, on ne nous a pas dit en 2000 ou en 2002 ce sera comme ça, il y aura telle et telle et telle chose, il y aura telle et telle et telle chose, enfin moi que je sache, simplement ce qu'on voit : ah tiens on va supprimer ça, on va supprimer ça... mais on ne sait pas où on va, on n'a pas d'objectif. On ne sait pas, on ne sait pas, on ne sait pas vers quoi on évolue, donc on ne peut pas participer à ce truc, on ne peut pas défendre cette évolution, et c'est ma position à l'heure actuelle qui est critique, qui est peut-être moins critique que celle de beaucoup d'autres mais je crois qu'on a tous la même critique c'est qu'on voit des choses qui se démolissent alors on critique ceux qui démolissent mais c'est aussi de leur faute parce qu'on ne sait pas vers où on va. [...] On ne connaît pas le but, on fait pas partie de... on voit pas... on nous dit pas : Ah ben tiens ils ferment mon truc parce que on va aller là, on va faire ça, voilà comment ça va évoluer. Non simplement on ferme. Le sentiment général..., le sentiment général c'est qu'on veut fermer Vinatier."*

Marc : *"C'est ça je crois une caractéristique que c'est je pense le problème de la sur-information comme de partout, c'est à dire que l'on est sur-informé de choses inutiles et puis la vraie information que l'on a besoin d'avoir au quotidien... on se la fait sur le moment tout seul un peu par hasard, par ricochets par... par les rencontres quoi et ça je trouve que c'est un peu dommage*

*dans une structure de cette taille là parce que forcément ça a des conséquences. [...] En ce qui me concerne... ouais par exemple il y a une réunion qui a été mise en place toutes les semaines bon qui a été un peu transformée depuis parce qu'elle n'atteignait pas l'objectif, c'était une réunion d'informations générales mais en fait... **la vraie info elle ne passait pas, on la retrouvait ailleurs**, c'est assez marrant ça le fait de... du décalage entre la pensée et l'action quoi... on pense des choses mais on ne les agit pas ce qui fait que après... et bien après au bout d'un moment ça fatigue les gens et du coup... on fait remonter des réactions de défense, après on enclenche des phénomènes..."*

Impossibilité pour Luc de se projeter donc, mais aussi pour Marc, l'impression corrélative d'un éclatement et d'une individualisation de l'accès à cette même information, et cela en dépit de l'instauration de réunions et d'espaces de parole légitimés par l'institution et devant permettre une concertation plus généralisée.

Cyril : *"Ça c'est des grands mots ça... la concertation ! C'est des grands mots, souvent, souvent je veux dire que les gens qui sont impliqués directement et physiquement sont très rarement sollicités pour savoir qu'est ce qui serait intéressant de faire, qu'est ce qui serait plus pratique... [...] Parce qu'on fait croire aux gens qu'en réalité il y a des commissions, que tout le monde, tout le monde participe alors qu'en réalité c'est totalement faux... c'est totalement faux. Il y a un petit groupe de gens qui participe, des gens souvent qui n'ont... qui ne connaissent rien. Je veux dire dans le déroulement même... ils ont probablement des qualités de gestion, des qualités d'implantation, des qualités de fonctionnement, mais théoriques je veux dire, parce qu'entre la théorie et la pratique... la réalité ça fait..., il y a un grand écart."*

Il poursuit : *"Ici, oui on peut dire des choses... mais ils s'en foutent, ils s'en foutent royalement, ils s'en foutent royalement de ce qu'on peut dire... mais oui on peut le dire, oui oui, on ne va pas prendre un blâme parce qu'on a dit que le service ne tournait pas bien et qu'on pensait que ça serait mieux comme ça, on aura pas de problème je voudrais dire à partir du moment où on reste dans les normes hein... qu'on est poli, qu'on est tout ça hein... oui on aura pas de problème, mais maintenant ils s'en foutent. [...] L'égoïsme des gens fait que, les gens..., j'en fais partie hein... on est bien d'accord, je ne dis pas les autres comme ça moi..., l'égoïsme fait qu'en réalité on ne pense pas tellement à la collectivité on pense plutôt à son avenir à soi, les gens... moi j'ai eu des échos de ces réunions où les gens parlent que d'eux [...] mais l'intérêt collectif j'ai l'impression qu'il passe après, je parle au niveau des personnels... assez bas. Ce que je veux dire c'est que les gens en réalité, l'hôpital du Vinatier, le fonctionnement de l'hôpital du Vinatier tout ça ils en ont rien à foutre en règle générale ils en ont rien à foutre, maintenant s'il y a un truc qui peut les arranger eux par rapport à leur vie privée, ils diront au nom de l'institution mais en réalité c'est totalement faux... et ça c'est humain, c'est humain donc j'invente rien."*

Valérie : *"Et puis il y a des problèmes qui ne se règlent pas... enfin je pense, en réunion en plus, enfin quand il y a quinze personnes chacun a ses problèmes, c'est vrai que c'est difficile aussi, on arrive pas à le régler donc les gens devraient passer voir ce qui va, ce qui va pas, en discuter mais avec chaque personne, en tête à tête et on arrive mieux à avancer comme ça que quand on a un groupe de vingt ou vingt-cinq personnes, on fait rien, finalement chacun a ses questions à poser, on a pas le temps, on a un après-midi de devoirs."*

A côté de cet isolement où la parole semble pour Cyril se perdre dans le silence de l'hôpital sans jamais être réellement entendue, c'est aussi le sentiment persistant que l'hôpital d'aujourd'hui se parcellarise en individualités, en ensembles et sous-ensembles d'individus singuliers qui ne peuvent se satisfaire, de la part de leurs cadres ou de l'institution, d'une approche générale et qui ne tiendrait pas compte des particularités de chaque acteur. Cependant, pour Éliane, cette confrontation dans le cas précis des personnels soignant, de l'encadrement et de leurs agents, ne peut se faire que sur un mode plus ou moins conflictuel :

"D'un autre côté avant on nous demandait rien, donc il y avait de gros problèmes de communication. On rentrait, ça allait pas, mais maintenant le problème et le risque c'est que l'on

demande la participation au personnel et moi qui suis là dedans je le vois, le personnel est comme les enfants gâtés vous comprenez, maintenant ils sont en train de faire des caprices, on passe du tout au rien, c'est un peu comme au niveau éducatif des enfants où le personnel va piquer des crises en disant : mais on ne m'a pas... moi je veux ça, je veux ça, en sachant que on leur dit : Mais oh... ! [...] C'est vraiment... ils sont capricieux, c'est vraiment..., c'est fou ça, on est passé d'une rigidité, alors je dirais pas au laxisme mais on est obligé de dire aux gens : Mais oh... c'est pas votre boulot, c'est fou, moi je suis choquée de ça."

Cette idée est reprise de façon moins radicale par André :

"En même temps je veux dire... dans toute démocratie il faut aussi que les contrôles entre guillemets soient faits. Il faut laisser la latitude, l'autonomie, la créativité maximale de chacun mais pas n'importe comment, parce que chacun n'est pas sur sa planète, tout est lié, donc il faut que le sens général défini ensemble soit respecté"

De fait cette individualisation peut aussi potentiellement conduire à l'éclatement des relations qui constituent le système institutionnel. Comme nous l'a dit Laurence, "c'est ça qui manque peut-être... l'appartenance... La question c'est : est-ce que les gens ont conscience d'appartenir à l'établissement ?" Plutôt que dans cette dialectique de l'opposition entre un dedans et un dehors, c'est peut-être dans celle qui lie l'individu à un groupe que résideraient ces tensions qui semblent secrètement larver non seulement l'institution mais aussi le projet psychiatrique dans son entier. C'est sans doute dans ce sentiment sans cesse réitéré de l'impossibilité de se comprendre, de vivre dans des espaces que l'on ne cesse de clôturer et s'excluant les uns les autres que consiste cette impossibilité qu'énoncent les acteurs que nous avons rencontrés, à se projeter et à se penser dans un devenir, de penser sur d'autres modes que celui de la nécessité ou de la crainte, de la perte ou au contraire du gain, cette recherche d'ouverture qu'effectue l'hôpital d'aujourd'hui.

L'ouverture et ses limites

Simon : *"Sur le plan strictement symbolique l'hôpital n'est quand même pas si clos que ça, je veux dire, on rentre quand même un peu comme ça, le fait que ça soit extrêmement dégagé, extrêmement étendu... le premier aspect quand même d'ouverture même s'il y a des pavillons qui sont clos, qui sont fermés, mais ça c'est... La question elle est sur l'image de la psychiatrie plutôt, enfin du grand public... et c'est chacun qui y contribue, si ceux qui y sont ici... ont du cœur à exprimer à l'extérieur que la frontière entre ceux qui sont dedans et ceux qui sont dehors est extrêmement fragile... je pense que ça contribuera à améliorer l'image et puis il y a la force des mots, le mot folie par exemple si on l'utilise ou si on ne l'utilise pas, mais c'est un mot qui est en train de disparaître donc c'est assez important, le mot maladie mentale est un peu pudique, moi je préfère utiliser d'autres mots, je dis : ici je rencontre des gens abîmés, cassés... dépressifs, fatigués, malades et ceux qui sont ici..., tous ceux qui sont à l'extérieur ils peuvent bien sentir à travers moi qu'ils pourraient être ici, et ceux qui sont ici j'essaie de leur faire comprendre qu'ils pourraient être aussi à l'extérieur."*

De nouveau, et nous avons déjà soulevé ce point, la mise en visibilité du Vinatier par le refus de dissimuler dans le secret de ses murs, à l'abri des regards extérieurs, la souffrance qu'il renferme apparaît, pour Simon, comme l'une des concrétisations possibles de ce discours d'ouverture qui traverse l'institution et la psychiatrie de cette fin de siècle. Il s'agit alors de montrer en quoi la "frontière" entre le normal et le pathologique, entre l'unité du sujet et sa brisure, n'est plus aussi clairement délimitée qu'au temps de l'asile où le modèle artificiel d'une micro-société autosuffisante permettait de recréer, dans le confinement, les liens ténus de la socialité. Dès lors, celui, qui comme cette personne, investit par sa profession l'espace de la maladie mentale se doit de devenir un passeur, en d'autres termes celui qui fera le lien entre le monde du social et le monde, tout de même plus particularisé, de l'hôpital. En devenant passeur, il montre ainsi à quel point l'acte

même de franchissement d'un seuil peut s'estomper, et à quel point les frontières du dedans et du dehors ne se posent plus que dans leurs porosités mutuelles.

Fabienne : "Moi j'y pense depuis longtemps moi à ça... moi je suis pour, j'étais pour avant que ça soit... la chronicité j'ai horreur depuis de nombreuses années, moi j'ai toujours poussé les gens dehors, justement j'ai tellement vu de malades tourner dans les cours intérieures des services que maintenant les cours excusez-moi je préfère qu'il n'y en ait pas parce que tourner comme ça... [...] L'ouverture c'est bien pour montrer à ces bredins j'allais dire [rires], pour montrer à ces gens que la maladie mentale c'est une maladie comme une autre, je comprends pas qu'on se moque des gens du Vinatier, vous allez au restaurant les gens disent en chuchotant : C'est l'hôpital du Vinatier, Oh la la... J'ai tellement vécu ça que maintenant..."

Henri : "Moi, non je ne me fais pas d'a priori mais je pense que pour voir ces choses différemment il faut que les gens ils soient **touchés** parce que quand vous êtes pas touché, ce qui se passe derrière les murs du Vinatier ils en ont rien à foutre."

Même si l'hôpital doit, pour de nombreux acteurs rester cet espace de protection et d'accueil où le malade, fragilisé a la possibilité de se reclure, il faut aussi contrer la menace de la réitération, de cette "chronicité" toujours sous-jacente, comme le dit Fabienne, en le poussant, en le jetant littéralement au-dehors afin que par la même occasion la folie s'affirme dans toute son entièreté au regard de ceux qui ne veulent pas la voir. "C'est une maladie comme une autre"... et cette banalisation n'est possible que si les gens de l'extérieur, le sens commun, sont "touchés", donc impliqués dans une relation de contacts quasi physiques rendant par là possible la constitution d'un monde partagé. Comme nous le disions auparavant, *voir*, afin de *savoir*, la perception devenant ainsi le moyen de connaître l'autre.

Henri, encore : "Oui, moi je pense que c'est important. Quand je suis arrivé les véhicules n'étaient même pas marqués... n'étaient pas marqués au Vinatier... en reprenant les textes, tout ça, sur heu...normalement un véhicule sanitaire peut être marqué, tout ça, c'était l'image de marque... [...] donc moi j'étais pour l'ouverture, se faire connaître sur l'extérieur tout ça... Quand on a eu le logo, après on a changé, on a mis les logos... logos qui sont... polémiques, les services de soin... services de soin... n'apprécient pas tellement d'être..., d'avoir des véhicules qui sont marqués au sigle du Vinatier. Des infirmiers, de... ils préféreraient rester anonymes. Soit disant pour le secret médical, je suis sceptique dessus, ils ont peut-être raison hein ! Pour le secret médical, pour certaines fois ça..., ça gêne peut-être mais pour d'autres fois ça doit les arranger aussi. Moi ça ne me dérange pas de rouler avec une voiture du Vinatier."

Dans cet exemple particulier, quant à la nécessité de frapper ou non les véhicules d'intervention au sigle du Vinatier, cette banalisation est rendue possible par l'affirmation concrète d'une appartenance à l'institution psychiatrique. Ainsi, selon Henri, cette *image* du Vinatier peut perdre sa connotation péjorative par le fait qu'en s'inscrivant dans les flux et reflux des mouvements de la cité, elle finit par entrer dans une habitude, une expérience commune où l'œil et le regard contribueraient à constituer, pour chacun, le réseau de ses repères quotidiens. Mais ce processus de mise en visibilité peut aussi se référer à une dimension peut-être un peu moins palpable mais tout autant déterminante quant à ce qu'elle entraîne. En effet, les notions de CMP, de CATTP, cet ensemble diffus de structures médicales implantées dans la cité, pour de nombreux acteurs, contribue à ce que l'hôpital ne soit plus considéré comme un espace clairement localisé mais bien plutôt comme une organisation à ramifications multiples et qui tend à tisser un réseau de relations éparses sur la surface totale du territoire afin de généraliser ses capacités de prise en charge et d'accueil des patients.

"C'est plus le malade qui vient dans l'hôpital, c'est... l'hôpital qui va plus près du malade.", nous a-t-on dit un jour pour résumer la politique d'ouverture institutionnelle.

Luc : "Alors il y a plusieurs aspects, est-ce que c'est un lieu qui est en train de s'ouvrir ? est-ce que c'est souhaitable ? Moi je dis..., je pense sincèrement que l'ouverture sur l'extérieur c'est non seulement indispensable, c'est souhaitable et je pense que tout ce qu'on pourra faire pour rendre la maladie mentale et le lieu ouverts sur l'extérieur, mieux compris de l'extérieur, tout ça, et ça c'est un des énormes bon points que l'on peut donner à notre directeur, c'est que... on est en train de s'ouvrir, et je pense..., et je pense qu'il faut s'ouvrir de manière à pouvoir multiplier nos possibilités de choses à faire. Parce que si on veut attirer les congrès on a une très belle salle de spectacles, là qui demanderait d'être rénovée mais bon... si on veut attirer des gens qui viennent ici ben il faut pas que les gens se disent : Ah Vinatier ! Oh non non on va louer ailleurs, tout ce qu'on peut faire pour l'ouverture et la mieux connaissance..., le parcours de santé qui maintenant a été tronqué faute de travaux et tout le bazar, ça c'est un énorme bon point de notre directeur, ça c'est vraiment une des... des très bonnes idées qu'il a eu. Je n'ai jamais emprunté ce parcours de santé mais il faudra que je le fasse parce que je m'encroûte, mais il est ouvert à tout le monde, mais il faut le savoir, les séances-tenantes, le ciné-club... bon, ouverts sur l'extérieur c'est aussi une des bonnes choses. Moi tout ce qu'on pourra faire pour ouvrir cet hôpital sur l'extérieur sera le bienvenu. Est-ce que c'est un lieu à l'heure actuelle ouvert ? Ben il est ouvert mais il faut que les gens le sachent, est-ce que c'est un lieu qui est en train de s'ouvrir ? Je pense qu'il s'ouvre oui mais... Il faut que les gens en profitent, le sachent, qu'ils connaissent l'institution, donc il y a un problème de communication. Je pense qu'il faut qu'il se passe des choses à Vinatier et il faut qu'on en parle à l'extérieur, aux actualités, qu'on fasse des, des... y'a pas d'autres moyens. Les médias, la télévision, mais il faut qu'on fasse, c'est à nous de faire des choses pour dire : voilà ce qu'il se passe chez nous, on est plus [-] un asile de fous, on est plus l'asile d'aliénés avec des portes et des boulons et des grosses serrures quoi... Venez, venez nous voir, alors peut-être que les gens la première fois viendront en disant : Ah, c'est ouvert l'asile de fous, si on allait voir. - Et t'as vu des fous ?! - Oui, j'en ai vu. J'en ai vu qui avaient pas l'air mais... - Ah bon et t'as pas eu peur ? Et puis après, ça rentrera dans les mœurs, mais c'est à nous de travailler, de faire des manifestations, de faire des choses, d'organiser des choses, et de nous battre pour que ça marche... c'est de... bien sûr il faut le nerf de la guerre pour faire tout ça."

Hervé : "Quand il y a une activité j'aime bien participer, une exposition... même si elle a lieu à l'extérieur ça me fait plaisir... oui justement le côté artistique et culturel me préoccupe beaucoup. [...] Les séances de cinéma..., je voulais absolument participer, ça m'a fait plaisir de voir tout le monde. [...] C'est une initiative excellente, excellente, mais je n'y vais pas parce que... les journées sont longues et...[...]. Le cinéma bon c'était sympathique de retrouver tout un tas de personnes, d'échanges justement, c'est là où bon on peut discuter de..., tiens on peut vous proposer telle chose, à votre service, c'est... à propos de tel patient, ça permet de faire avancer les choses."

Christelle : "Oh je pense que ce qui est fait en ce moment d'ouvrir l'hôpital sur la ville, par exemple avec les séances de cinéma, des choses comme ça, c'est une très bonne idée, ouais, ouais ouais. Moi je trouve que c'est une très bonne idée. Le parcours de santé aussi ouvert à la ville je trouve que c'est une très bonne idée, par contre je ne sais pas si c'est bien utilisé, je n'ai pas d'échos mais... je crois que c'est un jour qui leur est réservé mais je ne connais pas exactement mais moi je suis pour..., je suis pour parce que bon comme ça les gens ont moins peur de l'hôpital psychiatrique. Et puis bon c'est pas que... je dirais que la maladie mentale c'est pas que le problème des soignants je dirais, c'est le problème de tout le monde, de la société donc si on peut inclure les gens, les malades mentaux dans la société, tant mieux."

Édouard : "Il y a ouverture de l'hôpital vers l'extérieur avec ces rencontres par le biais du cinéma par exemple, ça peut être aussi des rencontres : Ah ben tiens vous travaillez dans tel service et ça va ?, ou : il y a longtemps qu'on s'est pas vu, et cætera, ça peut être sur le plan social des communications intéressantes à mon avis."

Pour l'ensemble des personnes interrogées, et comme nous l'avons soulevé, il ressort qu'au sein de l'hôpital aucun lieu proprement dit ne permette une rencontre entre les différents personnels. Si le self est parfois avancé, nous l'avons vu, son importance est

aussitôt relativisée. Les manifestations culturelles ainsi que les équipements sportifs récemment installés dans l'hôpital sont présentés comme des moyens importants permettant, non seulement une ouverture où l'extérieur peut se voir confronté à un univers psychiatrique qu'il méconnaît, mais aussi permettre aux personnels de se rencontrer et d'établir des liens à partir d'un événement autre que purement professionnel. Les seuils des services s'effacent alors au profit d'un autre seuil, cette fois ci commun, et qu'il est possible de franchir conjointement. Notons que pour les entretiens effectués ce sont surtout les soignants qui ont fait référence à cet aspect culturel de l'ouverture de l'institution et qui ont insisté sur leur participation à celui-ci. Notons aussi que certains d'entre eux regrettent le fait qu'il n'y ait pas plus de patients présents lors des séances de cinéma.

Bernard : *"Ouais je crois que c'est un lieu qui est en train de s'ouvrir plutôt. Je sais pas culturellement j'ai l'impression que ça se vend mieux le Vinatier maintenant, la psychiatrie quoi ça se vend mieux, bon peut-être que avant c'était plus une honte la psychiatrie, plus vécu comme ça quoi, un tabou, il ne fallait pas en parler, alors que maintenant c'est une originalité hein, le cinéma, conférences... ça ça n'existait pas ça, alors que maintenant sans arrêt il y a de nouveaux films et où on voit marqué le Vinatier, où le nom Vinatier apparaît. J'ai l'impression que l'on se cache moins en tant que psychiatrie je veux dire, image de la psychiatrie qu'au début quoi, au début c'était un peu honteux, les films ouais et puis bon la FERME c'est un petit peu par exemple, c'est un petit peu des choses nouvelles quoi..., qu'on ne connaît même pas très bien nous, on ne sait pas trop ce qui se passe mais... il y a quelque chose qui se met en place comme si on avait décidé de se lever et de ne plus ramper hein, la psychiatrie il se passe des choses..., on peut en parler aux autres et c'est bien, ça c'est bien, ce côté de l'ouverture ça c'est bien, l'autre côté..., enfin le côté qui veut rejoindre à tout prix les entreprises les plus performantes et c'est paradoxal parce que d'un autre côté... faut faire attention parce que si on court trop vite enfin on va être en décalage avec le cœur qui est le patient et lui il va à deux à l'heure donc pour l'entendre, pour l'observer enfin pour l'écouter il faut aller à sa vitesse et là j'ai l'impression que l'on ne prend plus le temps de plus en plus. L'ouverture c'est ça, ça peut être bien et puis c'est une brèche aussi, on ne sait pas ce qui peut... ouais c'est bien parce que l'ouverture c'est toujours bien... c'est aussi une défense, une possibilité d'être atteint par cette même ouverture, enfin je le ressens un peu comme ça ces deux chose là, quelque chose de bien, parce que c'est vrai que l'image de la psychiatrie évolue quoi, et puis d'un autre côté gestion, gestion, gestion... des fois on croit qu'on travaille dans Part-Dieu, dans le centre commercial de la Part-Dieu"*

Louis : *"Oh je sais pas bien ça... c'est un gadget, un peu un gadget franchement ce parcours de santé parce qu'autour il y a déjà plein de lieux pour ça. Il y a Parilly à côté et je trouve que ça fait quand même un peu : Viens voir les fauves, **viens voir un peu les fous**. Je le ressens comme ça et en même temps alors y'a ça, on fait ça et puis il manque tellement de personnel ce qui fait que justement des patients qui pourraient sortir dans le parc..., alors ceux qui peuvent sortir seuls tant mieux mais accompagnés... [...] il faut aller avec les patients ici dans le parc du Vinatier, un truc tout bête... on allait sur la butte voir passer les bagnoles mais pour des patients qui n'avaient pas de sortie c'était important pour eux et bien maintenant ça ne peut plus se faire parce que les infirmiers ne sont plus que deux, alors qu'avant elles étaient quatre et je trouve que ça... hein c'est bien d'ouvrir à l'extérieur mais soucions nous de... à mon avis **l'espace il doit être d'abord pour les patients**, moi je trouve que c'est un peu gadget... Il reste pour pas mal de patients, à mon avis, un cadre, le meilleur cadre reste celui de l'hôpital, peut-être pas sous sa forme... encore, il y a encore à bouger dedans... mais pour certains je pense que ça reste le meilleur cadre. Je crois que l'on va atteindre là aussi un peu le plancher hein en termes de..., je pense que les patients qui se retrouvent à l'hôpital sont vraiment... ils sont donc... y'a plus trop rien à faire, mais c'est vrai que bon le travail avec la FERME, bon tout ça, mais même tous ces trucs aussi... alors pourquoi pas, ça fait connaître le Vinatier et tout ça mais je trouve que quand même puisque*

bon en dernière instance tout est une question de budget et d'argent... moi quand... je trouve que quand même quand on voit l'état des effectifs et des choses comme ça..."

Encore une fois, même si l'hôpital est intrinsèquement lié au dehors il n'en reste pas moins un hôpital et qui plus est psychiatrique, il est donc aussi intrinsèquement un lieu de souffrance, de détresse et qui conduit certains acteurs à nuancer ou du moins à rendre plus complexe l'appréhension d'une nécessité d'ouverture. Pour Louis, par exemple, l'ouverture ne doit pas être une fin en soi qui primerait sur toutes formes de projet thérapeutique, elle ne doit être qu'un élément parmi d'autres auquel il est possible, et non pas nécessaire, de recourir afin de sortir le patient de son isolement subjectif. Mais que ce soit pour lui ou Bernard, la priorité absolue et par laquelle doivent passer tous les nœuds relationnels qui constituent l'institution demeure le malade.

Cependant pour Éliane cette nuance peut, de la même manière, interroger le rôle de cette mise en visibilité, dans l'ouverture de l'institution :

*"J'ai l'impression qu'on déplace les choses, mais ça ça ne me convient pas..., mais si, il y a eu une ouverture quand même. Le fait que les gens entrent à l'hôpital c'est bien et c'est moins bien, alors c'est bien parce que justement ça leur permet de voir, et de de... en fait c'est une approche, c'est une sensibilisation, je pense que c'est très très bien pour les patients aussi, je trouve qu'il y a un échange, je trouve que c'est pas mal et quelquefois en tant que soignants on se pose la question : mais **cet hôpital il est fait pour qui** actuellement parce que tout de même..., par exemple pour les malades qui ne supportent pas de rester en vêtements et qui se déshabillent sans arrêt, qui se déshabillent, qui se déshabillent, le personnel passe son temps à les rhabiller et c'est vrai qu'on ne peut pas quand vous êtes deux pour vingt-cinq patients..., mais vous loupez des choses c'est clair et quand vous voyez des patients qui sont dans une cour à poil et que vous voyez les enfants venir se promener là vers les chèvres au niveau du parc et ben moi ça me dérange [...] vous vous rendez compte ce que l'on renvoie au public et que là... alors qu'est-ce qu'il faut faire ? Il faut interdire aux patients de se... Ou comme ce patient qui l'autre jour était déculotté et qui pissait sur l'avenue, qu'est-ce qu'il faut faire ? le laisser là ? , le laisser faire ? ou est-ce qu'il faut lui demander de rentrer dans son service ?... Il y a même des gens qui disent qu'il faudrait enfermer ce genre de malade et en même temps moi je dis : l'hôpital il est fait pour qui ? S'il faut l'enfermer ! Donc moi je ne veux pas rentrer dans ce truc, l'hôpital il est d'abord pour les malades, donc je priorise les malades mais quand je vois des petits gamins et ben ça me dérange par contre, moi je suis très mal, donc je ne sais pas..., d'un côté je trouve que c'est bien et de l'autre côté... et que je pense que quand c'est pas repris ça peut faire mal, regardez moi quand je suis rentrée à dix-huit ans, ces corps que je voyais et tout et j'avais dix-huit ans, alors pour un gamin de dix ans et tout... de voir un malade se masturber je veux dire... c'est pas le gamin... ça peut choquer. [...] Moi je suis très ambivalente, je trouve que d'un côté c'est bien ce que veut faire le DG d'ouvrir et tout..., le parcours de santé je trouve que c'est bien et d'un autre côté je suis mal à l'aise quand je vois certaines situations... J'ai pas la réponse, voilà."*

Voir et Savoir... Mais voir c'est aussi pouvoir être confronté à ce que la folie peut posséder comme radicalité dans son expressivité, à toute la violence crue que peut détenir sa mise à nu. Voir, cela peut être aussi subir de plein fouet le choc de ce que socialement, à l'intérieur des espaces communément admis, on ne peut accepter. "*cet hôpital il est fait pour qui*"..., et c'est dans cette affirmation interrogative que se joue tout ce que peut receler comme brutalité et âpreté cette incursion du dehors effaçant par là, dans son mouvement, cette limite qui dissimulait, cachait, ce qui ne peut toujours pas être vu et toléré par le sens commun, en l'occurrence l'expansivité de ce qui par et à cause du délire ne peut être contenu.

Territorialité et contrôle

Comme nous l'avons vu tout au long de ce texte, c'est sans aucun doute l'impression de tension qui semble dominer et traverser l'institution toute entière : tension quant à l'espace que les personnels ne cessent de percevoir comme menacé, entaillé dans sa matérialité même par un extérieur-envahisseur ; mais tension également des relations interpersonnelles où chaque service tend à multiplier les seuils comme pour se protéger du voisin, comme si, et cela aussi bien pour les soignants que pour les non-soignants, la définition d'une catégorie ne pouvait se spécifier qu'en opposition à une autre. Nous pouvons à la suite de Frédéric Gros, reprendre la manière dont l'appropriation du territoire comme pouvoir a pu être interprétée par Gilles Deleuze et Félix Guattari dans Mille plateaux. Prenons cette image de l'enfant qui chante dans le noir. Entouré par l'inconnu, il cherche à se rassurer et pour cela il chante afin de reprendre confiance comme pour emplir les ténèbres de l'espace qui l'entoure par la présence même de sa chanson, donc de lui-même. Finalement rassuré l'enfant peut alors provoquer la nuit de sa présence et substituer aux ténèbres qui l'entouraient les vibrations nocturnes qu'il a su apprivoiser. Pour Gilles Deleuze, la chanson est un *agencement de territoires*. Ainsi, dans le prolongement de cette métaphore, le territoire ne peut plus seulement se réduire à un simple milieu extérieur qu'on viendrait habiter, remplir ou occuper. Le territoire, et cette interprétation est frappante pour la manière dont se trouve approprié l'hôpital par ses personnels, devient le prolongement même de celui qui le vit. Il se transfigure en un moyen de protection contre une extériorité potentiellement menaçante. Comme l'indique Frédéric Gros, le territoire devient une *intérieurité déployée* à partir de laquelle il est possible pour l'individu d'exister en en faisant un territoire *propre*. Comme si, au préalable de l'affirmation d'*être* quelque chose, il était nécessaire de s'éprouver comme possédant *un* quelque chose.

Et cette tension que paraît entraîner l'appropriation de l'hôpital pour ses différents acteurs, peut être interprétée comme la déchirure première entre deux modèles sociaux contradictoires mais qui néanmoins fonctionnent en coexistence, dans une relation de codépendance simultanée. D'un côté, il s'agit d'un modèle qui se réfère au passé, au temps de l'asile. L'espace y est perçu comme la matérialisation d'un hôpital bien circonscrit, bien délimité, d'un espace donc de la *particularisation*, à l'intérieur duquel les pratiques ainsi que l'organisation même du travail, du fait de leur appartenance à ce lieu particulier, sont *singularisées* (le menuisier d'un hôpital psychiatrique n'est pas un menuisier *comme un autre...*), et c'est enfin un lieu de l'*indifférenciation*, dans lequel les statuts des personnels, à l'exception des médecins, ainsi que les différentes relations entre les services, se confondent en un seul et même ensemble homogène. A ce modèle de la particularisation, de la singularisation et de l'indifférenciation répond, de l'autre côté, un modèle du présent de l'institution où celle-ci se caractérise par un espace *partagé*, du fait de l'irruption matérielle de l'extérieur en son sein, mais aussi par une *désingularisation* des corps de métiers propres à l'hôpital et cela en raison de l'incursion de prestataires de services externes apportant avec eux d'autres modes de relations au travail et à la répartition des tâches, et enfin, par une *différenciation* qui mène à un cloisonnement des divers services entre eux ainsi que des acteurs qui les constituent. En d'autres termes, à la catégorie de la particularisation de l'espace répond celle de son partage, à celle de la singularisation du travail répond celle de sa désingularisation et à celle de l'indifférenciation des statuts et des services répond celle de la différenciation et du cloisonnement.

Par conséquent, lorsque les acteurs mobilisent ces références liées à un *âge d'or*, à des *règles asilaires* d'accueil certes mais aussi de contention, se réfèrent à ce petit monde clos de l'autarcie où règne une *hiérarchie* médicale toute puissante, où le moindre frémissement de l'institution se voit *archivé*, mémorisé par l'écriture et le papier (l'on ne peut être qu'impressionné par la quantité de dossiers divers qui s'empilent dans les débarras des services...), et où la vie collective se résume à une participation sans failles des individus à des *objectifs communs*, il s'agit bien de la persistance d'un modèle asilaire de l'enfermement et de l'isolement qui se voit convoqué. Monde de la discipline et de l'autorité, organisé à l'intérieur d'un territoire clairement défini et traversé continuellement de visibilités pénétrantes, regard de Bentham qui en un clin d'œil, en un seul regard peut quadriller l'espace et y dénicher ceux qui tentent de s'y terrer en secret. A l'inverse, lorsque ces mêmes acteurs se réfèrent à une institution bousculée par l'ouverture, par le surgissement de l'extérieur, il s'agit alors, pour eux, d'insister sur les *indécisions* qu'il crée mais aussi de montrer en quoi il implique des *adaptations* à l'intérieur d'un environnement qui ne cesse de changer ses repères, de se livrer au *contingent* et à l'*incertitude*. A côté du modèle asilaire et disciplinaire que nous venons de définir coexiste donc celui du dehors et du *contrôle* tel que Gilles Deleuze, à partir de Michel Foucault, l'a défini. Ici, il ne s'agit plus d'appréhender un foyer précis et clairement délimité de pouvoir. Il s'agit bien plus de se confronter à un éclatement de ce même pouvoir sur la surface horizontale d'une territorialité infinie. D'une pensée de la centralisation verticale de type pyramidale, il s'agit alors de passer à une pensée du diagramme où, plutôt que d'une relation de pouvoir instituée entre un foyer unique et ses sujets, c'est un rapport de forces qui se voit instauré. Ce rapport n'exprime plus une relation de pouvoir mais un rapport de force avec une autre force, une action sur une action qui *affecte*, en l'occurrence, qui impose une fonction de type inciter, susciter, combiner... La force, contrairement au pouvoir, ne réside pas en les choses ou dans les êtres mais bien plus dans les relations qui s'instituent *entre eux*. Le pouvoir n'est même plus une chose, il n'appartient à personne en particulier, il n'est plus un être déterminé mais ce qui passe entre *tous* les êtres. Pour Gilles Deleuze, l'asile, "Les enfermements sont des *moules*, des moulages distincts, mais les contrôles sont une *modulation*, comme un moulage auto-déformant qui changerait continûment, d'un instant à l'autre, ou comme un tamis dont les mailles changeraient d'un point à un autre." (1990 : p. 242). Dès lors l'ouverture de l'hôpital d'aujourd'hui, la politique même du secteur participent de ce réseau de contrôle qui étend ses nœuds au travers de l'horizontalité du territoire et qui modifie sa propre configuration en fonction des intensités de forces qui lient ses différents foyers entre eux. Et à l'intérieur de ce réseau les acteurs mêmes de l'institution participent de cette *multiplicité étoilée* (l'expression est de Frédéric Gros) où le pouvoir devient lutte et où les relations interindividuelles se constituent en tant que champs de forces traversés par des courants stratégiques. Mais ce qu'il faut bien comprendre c'est que ces deux systèmes à la fois fermé et ouvert, dans le cas de l'hôpital Le Vinatier, ne se sont pas substitués l'un à l'autre. Ils fonctionnent en simultané. En effet, l'institution peut être vilipendée pour sa lourdeur, sa lenteur, son inadaptation, son côté routinier et son incapacité à considérer les particularités de chacun. Mais dans le même temps on lui reproche, même si ce reproche finalement est aussi présenté comme le seul moyen de faire perdurer le projet hospitalier et de le sortir d'un étouffement bureaucratique menaçant, sa rapidité, son instabilité, sa recherche à tout prix d'adaptabilité, son recours aux nouvelles technologies qui la plongent dans l'immédiateté (sur ce point rappelons cette célèbre formule de Gilles Deleuze qui attribue aux sociétés disciplinaires le *mot d'ordre*, et aux sociétés de contrôle le langage numérique du *mot de passe*), sa culture de l'individualisme et sa mise en cause dans le développement d'un égoïsme de plus en plus prégnant au sein des personnels. Et à cette instabilité, on renvoie l'image d'un temps du passé, de la discipline, où régnait

certes routine et lenteur mais aussi, selon les acteurs, relations humaines, communication, convivialité, contrairement à un présent qui, lui, serait synonyme d'isolement, de coupure et de non-communication mais aussi de transformation ainsi que de gain qualitatif quant à la prise en charge du patient qui ne se voit plus cantonné à l'enfermement de sa pathologie. Le dehors et le contrôle ne font plus qu'un et, dans ces tensions insurmontables, les temporalités et les modèles n'ont de cesse de se télescoper, de se contredire tout en se répondant... Dans le prolongement de Michel Crozier et Erhard Friedberg, l'hôpital devient ainsi ce monde où *offense* et *défense* se mêlent dans une seule et même dynamique.

"Oui, il nous a voulu faire accroire qu'il était dans la maison et que nous étions dehors ; et c'est une folie qu'il n'y a pas moyen de lui ôter de la tête"

Molière

LA FRONTIERE INDISCERNABLE

Mais dans cette trame complexe qui lie dans une relation de tensions histoire, espace et personnels, qu'en est-il de la place de la folie même, de ce à quoi l'institution se doit de répondre et qui en constitue le principe premier d'existence ? Comment ces différentes catégories de personnels, chacune à leur mesure, perçoivent-elles leur coexistence avec l'énigme de la maladie mentale et des incompréhensions qu'elle suscite parfois ?

Rencontres...

Pour Jean, ce qui a marqué sa première approche avec l'hôpital psychiatrique lorsqu'il est venu y travailler a été : *"de la peur, quand on connaît pas le monde psy c'est... [rires], on rase les murs, on est tous restés sur des idées où ils étaient enfermés quoi, quand on rentre dans le Vinatier, en plus à pieds je suis rentré donc... [...] c'est pas un truc qu'on va visiter le Vinatier, on a autre chose à faire. Les gens ils rentrent ici par obligation, parce qu'ils sont hospitalisés, ou parce qu'ils ont de la famille qui est hospitalisée, ou les gens qui viennent travailler mais sinon... La folie a toujours fait peur."*

Luc : *"Oui alors je me suis garé devant le bâtiment donc sous les arbres et j'ai été me présenter à l'administration pour donner mon dossier et j'avais une trois chevaux camionnette à l'époque, une Ami 6, une Ami 6 break, et j'ai donc été présenter je pense mon dossier, donner mon dossier je ne m'en rappelle plus exactement et puis... ensuite... je suis remonté dans ma voiture, je suis remonté dans ma voiture [sourire], ça c'était la toute première fois, donc je suis remonté dans ma voiture et là j'ai entendu un grand boum sur le capot, je me suis dit : Oh la la qu'est-ce qui se passe ?, il y en a un qui est en train de casser ma voiture, et en fait j'étais garé sous les marronniers et y'a un marron qui est tombé dessus et naturellement l'Ami 6 ça résonnait énormément alors j'ai fait comme ça : Qu'est-ce qui se passe ? et puis... après j'ai vu un marron tomber à côté alors j'ai dit : ça va. Je suis ressorti et puis ensuite j'ai été convoqué pour aller me présenter aux services techniques, une première fois, alors j'ai été me présenter aux services techniques et puis quand j'ai voulu ressortir, j'ai fait tout le tour du Vinatier parce que je ne trouvais plus la porte, comme tout le monde [rires], alors j'ai fait tout le tour jusqu'au funérarium là-bas et puis pour finir j'ai vu une église, j'ai dit : oh il me semble que j'ai vu ça tout à l'heure quand je suis rentré, alors **j'ai fini par ressortir.**"*

Bernard : *"Je faisais des études pas très loin et dans mon lycée on parlait aussi du Vinatier comme quelque chose de... qu'on entendait les fous quand il allait neiger donc voilà, voilà des trucs comme ça, ouais c'était un espèce de... de réservoir à fous le Vinatier, surtout il ne fallait pas s'y approcher et ça ça m'a fait bizarre le jour où je suis rentré là pour travailler je me suis dis : ça y est quelle connerie j'ai faite ! [rires] Et puis bon après on se rend compte qu'il y a quand même, que c'est... qu'il y a des valeurs... enfin... humaines, il y a des choses... **les fous, c'est des êtres humains**, ils ont des besoins et puis je trouve que personnellement c'est mieux que de bosser dans un... je ne sais pas dans l'industrie ou dans un autre secteur où... là c'est un peu pittoresque... c'est une dimension plus humaine que si j'avais travaillé dans un garage à réparer des bagnoles quoi. [...] Mais c'est vrai que c'était un peu le flip quand je suis rentré à l'époque, j'étais tout jeune et j'étais un peu impressionné ouais, ouais là l'intérieur des pavillons c'était..., ouais j'étais impressionné quand même parce qu'au début je ne sais pas ça te balance une gifle le fait de voir... c'était tellement comment dire un milieu protégé, de se retrouver du jour au lendemain en plein milieu c'est pas évident quoi, parce que même à la limite à l'extérieur il y a des patients on les voit*

on les croise, mais c'est pas encore... et puis bon maintenant je pense que ça a évolué mais il y a dix ou quinze ans en arrière, à l'intérieur de certains pavillons... c'était, c'était «Vol au dessus d'un nid de coucou» quoi."

Sylvain : "La première fois j'étais... c'était en hiver, j'avais une écharpe et j'ai été accroché par une personne trisomique que j'ai appris à connaître par la suite qui voulait absolument que je l'embrasse qui disait : pouli', pouli', pouli'... ; après j'ai compris qu'il voulait un livre pour lire et puis il voulait que je l'embrasse, donc je l'ai embrassé et il m'a lâché, donc j'étais déjà pas bien [rires] et donc ça c'était en quatre-vingt... [...] après donc on allait vers le service Magellan là-bas, donc on marchait avec ma petite copine et... on s'est fait interpellés par je sais pas qui c'est, une surveillante chef et tout parce qu'on prenait des photos parce que à l'époque on était très... comment dirais-je... révoltés contre la psychiatrie, contre tous ces barreaux, ce qui était carcéral. [...] C'est vrai que l'hôpital a beaucoup changé depuis parce que je me rappelle que vers la chapelle à l'époque il y avait un panneau grand comme ça où il était écrit : limite de la promenade des malades, ils avaient quand même le droit de venir jusque là. [...] Oui c'était des choses à dénoncer, vraiment très militant et cætera, et cætera. [...] Et puis après au niveau du Vinat' ma première arrivée en psy c'était où... je m'en souviens pas... [...] J'étais dans un service de chroniques, de patients chroniques qui étaient là depuis quinze ans... et voilà c'est très impressionnant parce que... parce que il y en a un qui se prenait pour Napoléon, ça c'est comme ce qu'on dit de la psychiatrie : il est complètement fou [...] donc voilà c'était troublant."

Pour ces personnels, soignants et non-soignants, franchir le seuil de l'hôpital c'est ainsi entrer dans un monde de l'inconnu, baigné de secrets, où la crainte d'un surgissement soudain de la folie est toujours présente, en attente. Car cette folie est bien là... incarnée par ceux qu'elle habite, qu'elle peut plonger dans l'anachronisme, tel ce Napoléon égaré, ou qu'elle peut amener, dans un geste de communication maladroit, à saisir celui qui passe et en lequel semble résider la possibilité d'une relation et d'un ailleurs. Mais elle est aussi présente dans la matérialité de ces lieux où chaque élément du décor, que ce soit les barreaux aux fenêtres ou des marrons tombés d'un arbre, recèle cette teneur menaçante intimement liée à la perte de raison. Et puis toujours, après le premier pas, cette peur de ne jamais pouvoir ressortir, et de, comme pour Luc, se perdre dans un labyrinthe où tout finit par se ressembler.

Michelle : "L'arrivée au Vinatier moi... Quand j'ai eu mon diplôme... j'étais fière, enfin j'étais fière... j'étais contente, j'avais eu mon diplôme, j'étais dans un service enfant et puis on m'a dit : Oh ben vous venez d'arriver ça tombe bien on a la réunion, vous garderez les gamins. On m'a fermée dans une pièce grande comme la cuisine avec une douzaine de débiles, la réunion a duré deux heures... il y avait une table ronde avec une boîte à biscuits ronde, je me souviens bien au milieu de la table, elle était pleine de perles et il n'y avait pas de fil ça c'est un truc... [rires] qui me suivra jusqu'à la retraite et j'ai attendu deux heures comme ça, et je me suis dit : ben ma vieille si c'est pour ça que tu as passé ton diplôme... Voilà, il y avait des cris, il y en avait qui se tapaient dessus, avec la boîte de perles sans le fil, voilà."

Louis : "Moi j'étais venu en... c'est parce que ça m'intéressait d'ailleurs... la psychiatrie, pendant ma formation... on était venu quelques matinées, c'est là que je suis rentré à l'hôpital pour la première fois, on était venu en psychiatrie les matinées, alors c'était un peu folklorique, c'était dans ces bâtiments là... dans celui du fond à l'extrême nord là-bas, où il y avait une réunion de malades, alors deux trois fois on nous a dit : alors si vous voulez prendre contact avec la psychiatrie on vous propose un petit peu..., et la même chose on débarquait là-bas dedans un petit peu..., c'était dans une grande pièce, peut-être l'équivalent d'en bas là, une réunion où il devait y avoir une quarantaine de malades et puis un psychiatre qui nous paraissait un petit peu farfelu [...], c'était une espèce de foire... enfin je sais pas, non, un capharnaüm, les patients qui parlaient, c'était pas idiot en plus [...] et nous on arrivait là-dedans et on se disait : Mais qu'est-ce que c'est que ce bazar ?, il y avait tous les patients dans la salle et puis c'était une espèce d'assemblée

générale des patients, j'ai trouvé que c'était bien moi quand même, ça faisait un peu désordre. Moi mon premier contact avec la psy ça a été ça quoi. [...] On est venu deux-trois fois plusieurs collègues de l'école qui étions intéressés, moi c'est comme ça que je suis rentré au Vinatier. [...] Mon premier contact ça a été de donner un coup de sonnette, je n'étais pas accompagné ni rien, on m'avait dit d'aller voir ces grands machins qui s'agitaient derrière mais ils ne m'avaient pas impressionnés énormément parce que j'avais travaillé ailleurs et je disais : oui peut-être il y a de la violence en psychiatrie mais moi j'ai connu d'autres choses et enfin j'avais le souvenir de choses plus difficiles quoi..."

Antoine : "Aux terrasses où j'avais une chambre, il y avait une femme que je rencontre dans le couloir, comme ça, comme se croisant, "boujour madame", "bonjour docteur", elle était complètement nue et moi complètement habillé. Si ce n'est pas une histoire de fous, je ne sais pas ce que c'est que la folie."

Mais aussi, au-delà de la peur, il y a, dans cette rencontre avec la psychiatrie, la rencontre avec des situations insolites, surprenantes, qui décontenaient par la manière dont elles contrastent avec les usages et les habitudes quotidiennes. Ici tout se fait folie, les êtres, les choses se mêlent dans une sorte de magma, "un capharnaïm", où même le médecin pourtant garant d'une rationalité et d'une normalité sans faille, n'apparaît plus, dans son côté "farfelu", aussi fiable. Magma informe où ne semble plus que régner bruit, cris, désordre, incertitude mais aussi invraisemblance et inversion (dans la dernière anecdote, qui se sent le plus dénudé des deux ?) ; scènes de chaos où la moindre parole ne peut être dite que dans les termes d'une langue inconnue, et le moindre geste effectué dans le prolongement d'une corporalité indéfinie.

Éliane : "J'ai pleuré pendant six mois, j'ai... ça a été très très dur, je suis rentrée j'avais dix-huit ans, j'étais pas préparée, je sortais donc du lycée [...] mais j'étais pas préparée à ce monde là parce que j'avais beau eu lire des choses c'était... et je suis arrivée dans un service très très difficile, un service de deux cents patients avec donc sur trois niveaux, y'avait un service de ce que l'on appelait des oligophrènes, des arriérés profonds, elles étaient une vingtaine, au premier étage c'était des personnes âgées, tout le reste des chroniques et en fait les élèves..., donc je suis arrivée là et on nous enfermait avec les patients dans le service où il y avait les oligophrènes qui étaient attachés. Le matin elles étaient toutes attachées et on passait une demi-heure à les détacher, à les laver et j'ai pleuré six mois, j'ai pleuré parce que le personnel était très très dur avec nous et très très dur avec les patients, c'était l'horreur, c'était la trique qui marchait, on les battait, d'ailleurs rien que de vous en parler ça me..., c'était très dur et en fait je crois que je serais partie au bout de quarante-huit heures si j'avais eu des parents qui auraient été sûrement plus attentifs et je... comme ils m'ont dit : tu tiendras pas le coup et que j'étais adolescente, je leur ai dit je vais leur montrer que je pourrai tenir, mais en fait j'ai pleuré six mois mais j'aurais eu des parents peut-être un peu plus compréhensifs je ne serais pas là aujourd'hui. Et en fait mon deuxième stage, je suis allée dans un service d'entrée femmes et en fait là je suis tombée sur du personnel qui était professionnel, qui était humain, parce que bon il y avait ce côté humain et que du coup j'ai pris beaucoup de plaisir, qu'on m'a appris à travailler correctement, et là c'est pour cela que je suis restée, mais sinon je crois que j'aurais craqué. C'est vrai que moi j'en ai un très mauvais souvenir où en plus il y avait des endroits où on ne travaillait pas, on travaillait qu'à l'affectif, où on faisait bosser les élèves. Moi je me souviens quand je suis arrivée, il y avait eu les événements de mai 68, au niveau de l'institution c'était pas réglé et quand je suis arrivée ma surveillante, qui était syndiquée Force Ouvrière, est arrivée un matin donc à six heures et demie en nous demandant de faire la grève et on était deux élèves à commencer ce jour là, nous on ne savait pas les droits des agents et on lui disait : mais on ne peut pas, on ne sait pas si on a le droit de faire la grève et comme on avait refusé de faire la grève, je me souviens ce jour là et je m'en souviendrai toute ma vie, elle nous a fait compter deux cent soixante-deux draps merdeux, ça je m'en souviendrai toute ma vie parce qu'il y avait ce côté sadique de certains membres du personnel qui étaient horribles

avec les patients comme avec les jeunes parce qu'en même temps les jeunes, quand on est arrivé, il y avait la formation elle commençait à être un peu plus poussée et que à l'époque il y avait des infirmières ce qu'on appelait autorisées, qui étaient sans diplômes et que du coup elles étaient..., elles se sentaient en danger et que du coup on a ramassé je pense, il y a de ça..., donc j'ai travaillé avec des infirmières autorisées et c'était l'horreur. [Nous : Mais elles étaient recrutées sur quels critères ?] Vous voulez que je vous dise franchement, c'était le côté..., moi il me semble que c'était... il n'y avait pas de côté très..., il y avait des gens très humains mais il y avait des gens très, très durs, assez violents, il y avait... bon c'est vrai que la violence génère la violence mais ce que j'ai vu ailleurs c'était pareil, j'ai vu des infirmiers... de toute façon la violence... on a la violence quand on est violent parce que je ne sais pas... moi j'ai jamais..., j'ai été dans des services vraiment difficiles, j'ai jamais eu de gros gros problèmes de violence, c'était des gens oui et puis des gens qui savaient obéir, qui étaient dans un certain moule."

Fabienne : "enfin y'avait deux catégories, il y avait celui qui disait je rentre au Vinatier, qu'est-ce que j'en ai à foutre des malades, je suis là pour gagner ma croûte, moi ça je ne l'ai jamais dit, moi tout de suite je me suis... ça a été un cauchemar quand je suis rentrée là parce qu'il y avait dans les services de personnes âgées... très perdues, très démentes, qui étaient assises sur des fauteuils, attachées et qui criaient : maman, maman à boire et à manger ! , et j'étais persuadée le jour où je suis arrivée là qu'on les laissait dans cette pièce, une pièce avec des vasistas assez hauts..., qu'on les torturait parce qu'ils disaient : A boire et à manger, à boire et à manger, et ils traînaient leurs fauteuils, et tout de suite je me suis mise... donc à savoir qu'est-ce que c'était..., lire tout ça, me renseigner, voir si ce n'était pas... parce que ça m'avait fait peur, et donc je me suis tout de suite, je me suis dit : toi t'es pas comme les autres, toi tu es venue là parce que si on t'avait pas payée tu serais pas venue, là j'y suis je fais mon travail. [...] à cette époque il n'y avait pas de femme de ménage, les infirmières faisaient le ménage, faisaient tout alors je me suis dit : elles préfèrent laver les sols ou faire autre chose mais les malades elles ne s'en occupent pas, elles les laissent à l'abandon mais c'était faux parce que... ça a duré juste la semaine où je suis arrivée, après je me suis aperçue que j'étais obligée moi aussi, je me disais : est-ce qu'il faut que je l'attache ? enfin c'était... c'était terrible. Je me suis dit : je tiendrais jamais le coup, mais je me suis dit étant donné que je ne tiendrai pas le coup, il faut que je tienne le coup et que je vois... j'essaye de faire quelque chose pour ces pauvres gens, enfin... [rires]... c'était un peu... mais... Y'avait des chiottes à la paille de fer... mais des cabinets turcs... au tampon Gex, enfin ce genre de machin...et puis la surveillante venait, en disant : est-ce que vous avez nettoyé aussi le tuyau vous savez qui brille, là... qui était de couleur cuivre, enfin je sais plus de quelle couleur il était, il fallait qu'il devienne brillant... ou alors que la chef elle vous dit : vous avez lavée la table ? et les pieds, et sous les pieds vous avez lavé ? Vous la retournez et vous lavez sous les pieds... ou faire les vitres quand il pleut."

Situations insensées donc mais aussi situations de violence, de conflits, entre des mondes qui s'affrontent. D'un côté, celui de ces jeunes infirmières devant se plier à la discipline presque militaire d'un monde infirmier autoritaire, "autorisé", directement héritier d'un asile crépusculaire, et de l'autre, celui de la démence, de l'incommunicable faisant violence à toute forme de dialogue et auxquels ne semblaient pouvoir répondre que la cruauté des paroles et des gestes. Univers de violences en échos, qui impliquent, pour celui qui consent à en franchir le seuil, une pliure, un ploiement, l'acceptation de ce qui auparavant était inacceptable. Mais, faire des concessions, c'était peut-être aussi non seulement la possibilité de "tenir le coup", mais aussi par là de faire émerger, un jour, un autre type de relation à l'autre.

Bertrand : "Mon premier contact, l'horreur..., l'horreur parce qu'à l'époque... maintenant ils font plus mais à l'époque il y avait des pavillons d'enfants ici, il y en a encore un ou deux mais ils sont adolescents, alors il y avait des pathologies extrêmement lourdes, des monstres n'ayons pas peur des mots [...] Ils le faisaient exprès, vous voulez travailler en psychiatrie et bien venez voir,

venez voir et c'était obligatoire de passer une heure dans ce genre de pavillon sans connaître, comme ça, et je me rappelle que ça avait été pour moi l'horreur et je m'étais dis : mais putain comment tu vas faire pour bosser... Mon idée, l'angoisse c'était : **mais comment tu vas faire pour qu'ils puissent te toucher**, alors je ne sais pas pourquoi c'était comme ça parce qu'il y avait des hydrocéphales, les mecs ils sont grands comme ça [petits] avec des têtes grosses comme ça [énormes], on en voit plus maintenant mais ça fait un effet, ils sont haut comme ça et vous leur demandez leur âge ils ont dix-huit ans [rires], il y en avait des comme ça à l'époque, alors ils amenaient ça qui étaient vraiment le musée des horreurs vivant et après c'est vrai que ça mettait un frein à toute envie de... [...] et puis alors quand je suis arrivé ici à l'époque [...] on vous..., après on vous obligeait avant de rentrer à l'école d'être un minimum de quinze jours, ce qu'ils appelaient des... comment ils appelaient des stagiaires je sais trop quoi, donc on allait et puis ma fois on faisait les malins dans les pavillons, ça ne se fait plus comme ça mais c'était comme ça, et je m'étais retrouvé dans un pavillon adolescents, enfin un pavillon de suite enfants on appelait ça, donc c'est des gens qui avaient entre vingt et quarante ans et qui étaient vraiment destroy, je me rappelle encore le pavillon d'entrée, c'était des préfabriqués qui existent toujours sur l'hôpital, le pavillon n'y est plus mais le bâtiment existe, alors déjà pour appuyer sur la sonnette il y avait le bitogniau là où on appuie avec des fils électriques alors il fallait viser, alors la porte s'ouvre et il y avait un mec derrière qui m'attend avec un gros étron, une merde dans la main comme ça [rires], voilà premiers contacts avec la psychiatrie. C'était un vrai rite d'initiation, ils le faisaient pas avec des termes comme ça parce qu'ils ne se rendaient pas compte qu'effectivement c'était un véritable rituel d'initiation mais il y avait de ça qui était pas mal fait, moi je ne suis pas..., je ne vois pas avec le recul ce qu'il y avait de mauvais là-dedans enfin bon je veux dire ..., si tu ne pouvais pas supporter il fallait faire un autre métier quoi parce que... avec quand même un truc c'est qu'après une fois qu'on est à l'école on peut mettre des mots sur ça, après ça va mieux, voilà. [...] Il y avait des trucs qu'on voit plus maintenant, il y avait une maladie dont je ne me souviens plus le nom savant, quelqu'un qui avait une toute petite tête comme ça dans un corps d'adolescents, mais on en voit plus chez nous, il y en a sûrement encore dans des institutions mais c'est plus des... justement les éducateurs en trouvent beaucoup plus dans les trucs d'handicapés profonds, des machins comme ça, nous l'hôpital a changé."

Mais ce monde de violences n'épargne pas les corps. Il peut cacher en son sein la monstruosité mais aussi en dévoiler crûment ses matières les plus intimes. Dans ce que Bertrand nomme le "rituel d'initiation" à la bizarrerie de la folie, le corps du malade s'impose dans ce qu'il a d'inévitable, en ce qu'il rend tangible ce qui n'est censé atteindre que la raison.

Laurence : "Le premier contact a été terrible, j'avais donc dix-neuf ans [...] et j'avais jamais vu une personne nue, jamais, j'ai été élevée d'une telle manière que mes parents ne se promenaient pas nus, c'était peut-être aussi une autre époque et puis aussi une question d'éducation donc j'avais jamais vu un adulte nu et je me suis trouvée dans un service de géronto-psychiatrie [...] donc les devant des bâtiments centenaires avec des grands escaliers de pierre, à l'époque il y avait quarante patients, avec des infirmières qui fonctionnaient peut-être je dirais d'une autre manière avec une autre formation et... c'était pas le milieu que je pensais trouver, pour moi ça a vraiment été une autre planète et alors je suis arrivée à six heures et demie le matin et évidemment ce n'était pas mon horaire tout cela était bousculant, bon pleine d'émotions je suis arrivée en haut et on m'a dit : on va faire les toilettes, on a commencé à sept heures le matin, je vous dis j'étais avec des vieilles infirmières hein... qui souvent avaient été, qui au départ des filles qui avaient bossé à Paris-Rhône et qui avaient trouvé une occasion de changer peut-être de métier et qui avaient gardé un côté, [Nous : Paris-Rhône c'était quoi ?], c'était une usine qui se trouvait là pas loin de l'hôpital, c'était toutes des filles qui habitaient à Bron voilà, et on arrive dans ce... dortoir, c'était un dortoir qui était pas boxé encore donc vraiment y'avait [soupir] je dirais vingt lits, oui vingt lits puisqu'on avait quarante personnes et y'avait deux étages, trois étages puisqu'il

y avait le rez-de-chaussée, le premier étage où on mettait les plus vieux et les valides étaient en haut, sans ascenseur bien sûr et alors la personne qui..., ben l'infirmière qui était là a pas fait attention, elle a vraiment pas... voulu me brasser plus que de raison mais elle m'a dit : tu t'occuperas de cette personne, de cette... enfin elle ne me l'a pas dit comme ça mais bon c'était, c'était comme ça... et je me suis trouvée à devoir laver une mémé qui était donc couverte d'urine et d'excréments, qui bavait beaucoup beaucoup beaucoup et alors les yeux étaient révoltés, c'était une mémé qui était là depuis x années et j'ignore encore bien quel était son... j'allais dire le pourquoi elle était arrivée et elle était d'un grand grand âge et alors cette vision ça m'a vraiment tourmentée et j'ai dit... je me... j'ai dit que je ne pouvait pas le faire, j'ai dit : je vous regarde faire aujourd'hui, je ferai demain. Ça ça les avait fait beaucoup rire mais vraiment, j'étais pourtant de bonne volonté... mais je ne pouvais pas le faire, elle était trop répugnante si cette femme, et je crois que malheureusement c'était la pire parce que par habitude après j'ai vu que c'était la pire mais bon... [Nous : C'était peut-être une épreuve du feu ?] Oui souvent enfin il y a des mises à l'épreuve en psychiatrie, peut-être dans d'autres milieux aussi. [...] Enfin nue et couverte d'excréments et d'urine et puis cette bave qui coulait, cette bave et ces yeux révoltés c'était vraiment terrible... Bon."

Valérie et Michelle :

Valérie : "*- Moi c'était chez les mémés, les mémés, oui le premier jour où je suis arrivé oui chez les grands-mères, oui parce qu'on nous mettait bien ou chez les enfants ou chez les grands-mères, on évitait quand même de mettre les... moi j'étais préscolaire donc encore avant, donc c'était le premier jour que j'arrivais et ce qui m'avait choqué, c'est vrai après on s'habitue, mais... c'était que les mémés d'antan on les passait à la douche mais trois quatre à la fois, on les douchait vite fait au jet...*

Michelle : - *Aller hop je te l'envoie, c'était à la chaîne !*

Valérie : - *Ça c'était le premier service, je me suis dit : Oh la la..., oui oui à la chaîne c'était efficace, ça allait vite, mais c'est vrai que quand on vient de l'extérieur ça choque un peu voilà, les méthodes ça choque un peu."*

Enfin pour Muriel : "*La chose qui m'a le plus choquée et bien c'est le soir... j'ai commencé l'après-midi, il y avait une chambre et il y avait six lits et c'était des personnes âgées et avant de partir on faisait la tournée des lits et puis on faisait les changes, pour les personnes âgées les changer et c'est la manière dont on a soulevé les draps pour changer les personnes âgées... c'était au niveau de la pudeur, c'est vrai que ça m'a choquée, beaucoup choquée et c'est quelque chose qui m'est... qui m'est toujours resté, j'avais trouvé ça humiliant, et même pour les services d'arrière profonds c'est pareil, toute personne a droit à un minimum de respect, enfin le fait de l'habiller, de le chausser, de le coiffer, de... bon ben moi je trouve que c'est important, ça c'est des choses bon ben qui de part le passé je pense qui pour moi sont importantes et qui m'avaient heurtées."*

Dès lors il s'agissait, pour ces soignants, de faire face à ce que la maladie entraîne comme violence sur les corps mêmes, révélant dans toute sa nudité l'état d'abandon physique dont elle peut être la cause. Et pour contrer cet abandon, ou du moins cette coupure de l'être avec sa propre intimité, c'est aussi la confrontation à des modes de soin qui, à l'époque, au regard des conditions de prise en charge des patients au sein de services, où ils pouvaient être plus d'une cinquantaine, se devaient de traiter le plus grand nombre possible de malades et cela en un minimum de temps, afin que chacun d'eux puisse conserver une certaine décence et une relative bienséance, même si parfois cela se faisait au détriment de leur considération comme sujet de parole.

Cependant pour Simon :

"Il y a une chose en tout cas qui me frappe énormément ici, et dont je peux parler, c'est très difficile, je ne suis pas médecin, et il me semble que globalement la psychiatrie qui est... [silence] très nourrie de l'entretien analytique... [silence] passe à côté d'une chose, dans l'ensemble, c'est la question du corps... [silence]. Il me semble ici qu'on essaie de soigner beaucoup les têtes

mais pas les corps [...] Ici je vois des gens à qui on ne fait pas... on oublie leur confort corporel... [silence] Je pense que les soignants on du mal à toucher les corps, les soignants en psychiatrie, et je pense que c'est un manque terrible, à mon avis... Moi je serais directeur du Vinatier j'embaucherais vingt kinés et trois esthéticiennes, et deux coiffeurs. C'est-à-dire réellement de comment donner un certain confort du corps à des gens qui ont des problèmes affectifs, à des gens qui ne s'aiment pas dans leur corps bien souvent, qu'ils aient un confort de touché qui soit sans ambiguïtés mais qui soit de l'ordre de la détente. [...] Je suis bouleversé par des gens qui sont ici, qui sont ici depuis longtemps, et qui... les soignants sont là pour soigner, ils ne sont pas là pour aimer, mais je pense qu'il faut passer un peu par une restauration de l'image de soi pour aller mieux et que cette restauration ne passe pas que par le dialogue thérapeutique, ou que par l'absorption des médicaments... que par une invitation à accepter la vie collective, le repas en commun ou le... le..., éventuellement le service commun de la table, il y a quelque chose d'autre. Il y a des gens qui sont cassés par le manque d'amour, il y a des gens qui pensent qu'ils sont cassés par le manque d'amour, des gens qui supposent qu'ils sont cassés par le manque d'amour, quelle que soit la réalité ils le vivent et donc, et donc il faut y répondre, il faut tenter un peu d'y répondre, tenter. [...] Pour un patient psychotique on approchera pas son corps comme ça, c'est-à-dire que ça dépend des pathologies, mais disons que c'est vraiment un trait global que je dis, je pense qu'un psychiatre dirait que le rapport au corps pour un psychotique est quelque chose d'extrêmement compliqué et complexe, on ne touche pas le corps d'un psychotique comme ça, on ne le touche en tout cas que sûrement qu'avec son accord en tout cas, mais pour des... il y a quand même différentes pathologies et on a ici au Vinatier de plus en plus des gens qui sont quand même..., j'allais dire du domaine de la débilitation profonde et grave, qui passent non pas de longues périodes ici, qui passent par des périodes transitionnelles de répit ou autre, qui sont plus ou moins restaurés et c'est là qu'on devrait en profiter, c'est-à-dire je dis bien un rapport au corps qui est non pas un rapport amoureux mais qui est rapport tendre au corps, c'est bien de cela que je parle, qui n'est pas du domaine de l'activité du corps, pas de la musicothérapie, de l'ergothérapie, d'occuper ses mains... c'est autre chose, c'est de toucher... c'est de massages, c'est de l'image de soi, c'est de l'esthétique, c'est du... c'est de la relaxation."

Et l'on comprend mieux à quel point cette remarque d'un non-soignant peut être difficile pour un soignant à prendre en compte. Il est vrai qu'elle soulève une question primordiale, à savoir la manière dont la maladie, que l'on a peut-être un peu trop localisée en tant que *mentale*, prend sens dans et sur l'individu en en tordant avec force l'intériorité mais aussi cette surface qu'il montre aux autres, qui le dévoile aux regards de ceux qui l'entourent. Pour reprendre une idée, chère à Maurice Merleau-Ponty, c'est l'entremêlement des regards qui donne aussi à chacun la possibilité d'exister. Ainsi, voir l'autre et son corps pris au piège de sa douleur, c'est aussi se confronter aux limites de la tolérance à sa propre souffrance. Être soignant c'est quotidiennement frôler cette limite, éprouver la menace de sa propre finitude. D'où la nécessité d'établir une nouvelle limite qui tendra à déborder la première : créer une distance par rapport au malade afin de mieux en accepter la réalité, afin de ne pas absorber, par l'appréhension même de sa pathologie, ce qui en fait la singularité, qui en constitue la souffrance spécifique. Lucien "Un jour j'avais pris une photo splendide, une détresse, vous voyez quelqu'un aveugle cul-de-jatte, dans une bassine, sur des carreaux noirs et blancs, c'était une photo magnifique, je l'ai déchirée parce que ce n'était pas supportable. Il y a des scènes comme ça, je revois toujours cette photo, des scènes magnifiques, enfin magnifiques... la détresse, pathétiques.". Ainsi cette frontière physique, ou encore symbolique dans le cas de cette photographie déchirée, plutôt que de distancer, séparer les personnes, permet à chacun de reconnaître à l'autre sa place, de lui porter un regard, afin de co-naître dans une relation rendant possible à son tour une co-existence.

Les deux folies

Mais qu'en est-il de la manière dont les différents personnels pensent et signifient la folie ? , comment se perçoivent-ils dans cette relation qui les lie au jour le jour avec ce qui semble parfois se confondre, faire *corps* avec l'institution toute entière ? Ici la notion de folie est à comprendre non pas en tant que terme générique englobant du point de vue médical une série de pathologies pouvant entrer dans des catégories nosologiques et étiologiques distinctes, mais bien plus comme une interprétation subjective et symbolique de cette torsion de l'être, de ce *changement* plus ou moins diffus, plus ou moins marqué qui en a fait quelqu'un d'*autre*, quelqu'un qui ne fait plus vraiment partie du commun, du sens communément admis et reconnu.

Luc : "*La débilité profonde ce n'est plus de la psychiatrie c'est de la débilité profonde. C'est peut-être autre chose, la psychiatrie c'est autre chose... [...] la psychiatrie c'est une définition bien spéciale, c'est un trouble du comportement certainement qui peut être soigné, alors que la débilité profonde, celui qui a..., qui à la naissance on l'a tiré avec des fers il a une tête longue comme ça bon c'est pas forcément, c'est pas de la psychiatrie ça, c'est carrément organique hein il a été carrément... [...] on ne soigne pas les mêmes choses, hein.*"

Dès lors il semble que ce concept flou et mobile de folie est défini ici par une première distinction. Il y aurait une folie originelle, "*organique*", physiquement perceptible et inhérente à la personne. Folie qui ne ressort plus, selon Luc, de la psychiatrie, comme si la maladie, cette maladie, cette *manière d'être malade*, échappait totalement à toute forme de principe explicatif médical.

Muriel : "*Parce que si vous voulez la maladie c'est ça qui est terrible c'est que on a pas..., on fait toujours de la dérision parce que ça fait peur, mais on a..., cette souffrance on parle pas souvent de cette souffrance qu'il y a chez nos malades parce que c'est vrai que ce n'est pas une souffrance physique, c'est pas palpable, c'est pas..., on en connaît pas la cause comme un cancer, on dit : bon c'est tel endroit, cancer généralisé, cancer bien localisé, tout ce qui est maladie somatique on arrive à connaître la cause mais la maladie mentale, la souffrance...*"

Maladie diffuse donc qui, à la différence des pathologies couramment traitées par la biomédecine, ne peut être localisée, contrairement à ce "*cancer*" auquel on peut assigner dans le corps une localisation nette et précise, bien distincte. La maladie mentale, elle, paraît se propager, parcourir l'être dans son entier, en occuper jusqu'au moindre interstice tout en en semblant étrangement absente. Tout à la fois accaparement total de l'individu mais aussi "*souffrance*" immatérielle, larvant en secret l'intégralité de son être.

Nadine : "*il faut être honnête, maintenant chez les patients atteints certains... une certaine stabilité psychique bon on en attend pas grand chose, on essaie de maintenir les acquis. Hein de maintenir les acquis parce que l'évolution, faut pas rêver, y'en aura plus... mais par contre ce qui était très motivant chez les jeunes enfants..., les équipes on s'est mis mais... on a donné, on a donné, donné donné donné, pour vraiment... on croyait que les jeunes allaient s'en sortir, les jeunes psychotiques, et puis non faut pas rêver, moi j'ai jamais vu de jeune enfant guéri et ça on en a vu plusieurs qui reviennent après, alors bon c'est décourageant, moi pas tellement parce que maintenant je sais que ça se passe comme ça, voilà. Mais bon pas pour tous mais y'en a eu quand même pas mal qui font retour case départ.*"

Pour cette soignante, le cas spécifique de la psychose, et en l'occurrence ici celui de jeunes enfants, résume cette dimension totalisante et presque inexorable de cette forme de maladie mentale. "*on croyait que les jeunes allaient s'en sortir...*", mais cependant il ne faut pas "*rêver*", car de cette pathologie, il semble impossible de s'arracher, impossibilité ruinant par là systématiquement tout espoir de curabilité.

Solange : "Ce qui reste c'est la psychiatrie..., la psychanalyse, l'interprétation que l'on peut faire des patients... **Comment arriver non pas à les guérir, parce que ce n'est pas possible**, mais comment améliorer un petit peu... leurs comportements, leurs façons d'être..."

Muriel : "que les personnes se déshabillent comme elles se déshabillent, mangent comme elles mangent... la rapidité avec laquelle elles mangent, c'est-à-dire la vie sociale au moment du repas c'était un leurre, c'était vraiment... bon moi j'avais essayé, j'avais dit : écoutez bon on va essayer de manger calmement, enfin bon vous avez rien à faire de la journée alors on va manger calmement, enfin bon... mais pour un peu je me serais reçu quelque chose sur la figure parce que qu'est-ce que c'est que celle-là qui veut... non je crois que ce qu'il faut c'est apprendre à vivre avec... **les accepter comme ils sont**, sans être... sans rentrer vraiment dans ce qu'ils font c'est-à-dire sans non plus surenchérir mais accepter qu'ils ont une manière de vivre différente de celle que nous nous pouvons vivre et je crois que c'est ça qui est le plus difficile à... C'est à dire faire évoluer tout en faisant évoluer l'autre. [...] C'est aussi les malades qui nous apprennent beaucoup."

Face à cette interprétation de la folie comme inexorable - quelque'un nous a un jour parlé de "non retour" ou de patient qu'il faut accompagner jusqu'au "terminus"- et que concentre le cas spécifique de la psychose, il ne reste plus que la reconnaissance de l'autre dans ce qui le coupe de ce à quoi il est lié aux autres. "améliorer un petit peu", "accepter" ce mode d'être et tenter un tant soit peu, dans les limites du possible, de renouer des liens de socialité que l'on sait extrêmement fragiles.

Ainsi comme l'a indiqué Emile, malgré cet envahissement que peut représenter la maladie, il est toujours possible et nécessaire de retrouver les traces d'une vie sociale passée : "Je veux dire, vous avez des gens complètement abrutis, et puis vous commencez à parler de Mistinguette, des années 1920, ça ressort quoi."

Amandine : "En fait, les infirmières font manger les malades. Elles ne peuvent pas manger toutes seules, autrement c'est avec la main... jamais on a... elles ne peuvent pas... ce genre de malade ne peut pas acquérir quelque chose. Elles ne peuvent pas savoir tenir une cuillère, on ne peut pas leur apprendre, ça ne leur viendra jamais..."

Bertrand : "Ben vous savez la psychose a ça de terrible comme maladie c'est qu'elle **liquéfie tout**, et c'est qu'effectivement ça vient des gens..., y'a des gens j'en ai ras-le-cul, faut pas déconner, y'a des moments les malades c'est malheureux de dire ça mais je les foutrais en enfer, parce que vous en avez quand même au bout de cinq ans toujours collés sur la chaise, vous vous dites : attendez, à quoi je sers quoi... c'est le propre de la maladie psychotique de faire ce truc..."

Mais , plutôt que de confiner l'autre à sa réclusion, on peut aussi lui reprocher de ne pas faire l'effort de s'extirper de sa souffrance. Car même si c'est "le propre de la maladie psychotique de faire ce truc", c'est toujours en face d'un individu, d'un autre à la fois proche et lointain de soi, que l'on se trouve. Et c'est peut-être en cette présence-absence que réside la menace d'un découragement qui finirait par obliger ces soignants à accepter l'inéluctable de ce qu'ils cherchent à dépasser.

Jacques : "Oui, oui oui oui oh oui depuis une vingtaine d'années oui bien sûr, bien sûr, on ne rencontre pas les mêmes patients déjà, c'est un facteur aussi je dirais géopolitique peut être aussi... hein il y a vingt ans on voyait des gens qui étaient vraiment, qui étaient vraiment... comment dirais-je ?, **affublés d'une maladie** quoi, tandis que maintenant on a de plus en plus de jeunes, de dépressifs, perte d'emploi, divorce, enfin les problèmes de la vie courante quoi mais ça ça suit l'évolution de la société actuellement, oui ça a changé, oui parce que **ça peut arriver à n'importe qui** oui. Mais y'a toujours ce genre de patients faut pas non plus...[rires] mais au niveau de mon regard moi je ne suis pas soignant hein, si il y a toujours ces malades qui... je dirais presque incurables... qui seront toujours ici qui ne sortiront jamais mais je pense que maintenant on voit plus de gens qui viennent là en stage quoi, quelques mois, ils ne vont pas bien à un moment de leur vie, ils ont un accident de la vie quoi comme on en a, comme beaucoup, comme tout le

monde peut en avoir d'ailleurs, comme je disais tout à l'heure, perte d'emploi, chômage, divorce, perte d'un enfant [...] [ton de la voix devenu grave] des accidents de la vie il y en a énormément qui ont besoin de... c'est pour ça qu'il y a beaucoup de structures à l'extérieur [ton de la voix qui remonte]."

À travers ce discours, d'un non-soignant, c'est une deuxième distinction de la folie qui semble se dessiner en plus de celle inéluctable et inexorable que concentre la psychose. En effet, à côté de cette maladie dont on est "affublé", où, comme le dit Denise Jodelet, les individus "ne sont pas malades, ils sont des malades" (1989 : p. 218, nous soulignons), où la pathologie devient inhérente, consubstantielle à celui qui en est atteint, surgit une autre manière de la signifier plus en tant qu'événement social plutôt qu'état de fait biologique. Par conséquent, ce sont "les problèmes de la vie courante", "un accident de la vie" qui comme pour "tout le monde" peut soudainement surgir et briser le fil, sans aspérités, de l'existence.

Sylvain : "Maintenant c'est vrai qu'on a à l'hôpital de plus en plus tous ces gens qui sont confrontés aux difficultés de la société actuellement, les gens qui sont au chômage, ça on en a beaucoup des gens qui dépriment à cause des problèmes de fric essentiellement, des problèmes de logement, tous les problèmes avec les personnes transplantées, les immigrés, sans papiers ou avec papiers, la difficulté d'adaptation... avec les jeunes de banlieues, donc ça c'est des pathologies qu'on apprend pas dans les livres et puis... toutes les, on a beaucoup aussi de gens qui viennent..., enfin je crois que maintenant la psychiatrie enfin... voir un psychiatre c'est de moins en moins considéré comme : je vais voir un psychiatre donc je suis fou, c'est vrai que les gens qui peuvent avoir... beaucoup de gens qui ont des difficultés conjugales ils vont consulter chez nous."

Éliane : "Oh oui la maladie elle s'est transformée, là je pense que oui il y a eu... il y a mon médecin chef qui parle et je pense qu'il a tout à fait raison, des nouvelles pathologies de... donc au niveau de l'imaginaire, donc tous les problèmes des adolescents qui regardent la télé et qui au niveau imagination... vous savez le film "Tueurs nés" et donc les deux jeunes qui avaient tué un ami, donc l'ami de la fille, qui l'avait enterré dans le jardin et en fait c'est vrai qu'on en discute souvent, c'est souvent donc des pathologies de l'imaginaire, ça ne veut pas dire que tous les enfants qui regardent... mais c'est des personnalités qui sont peut-être plus fragiles qui... qui qui décompenseraient à ce moment là avec donc tous les problèmes et c'est vrai qu'il y a quelque chose d'important qui a changé beaucoup c'est que **la violence de l'extérieur rentre à l'intérieur**. [...] Donc là ces pathologies ont changé, ça ne se voyait pas avant, les adolescents avant... d'abord il n'y avait pas d'unité, on ne les hospitalisait pas, on hospitalisait soit très jeune les arriérés profonds, les autistes un petit peu et puis ensuite à l'âge adulte ils décompensaient et ils arrivaient à dix-huit ans donc dans les services adultes, mais maintenant plus ça va plus on voit des bouffées délirantes jeunes. Par exemple moi j'ai appris quand j'étais étudiante que la bouffée délirante, elle se voyait à dix-huit ans bon aux premiers rapports sexuels et tout, ça c'était les livres mais on s'aperçoit qu'il y a des bouffées délirantes de plus en plus jeunes à treize ans, l'anorexie mentale aussi, on disait : c'est la jeune fille, donc à l'adolescence et tout... on s'aperçoit que l'anorexie mentale maintenant on a des jeunes de dix-onze ans donc... oui les pathologies ont changé, et puis bon au niveau des lectures on vous dira qu'on va d'une société de névrosés à une société de psychopathes... bon le problème de la loi et ce qui se passe dehors hein."

La folie n'est alors plus cantonnée à un autre radical, que l'on peut isoler et aisément circonscrire dans une territorialité clairement délimitée. Au travers de ces rapports de force qui composent le diagramme social, la folie participe désormais de ce lien qui tisse la trame des relations intersubjectives. Elle peut ainsi surgir n'importe où, n'importe quand, frapper des milieux sociaux et des classes d'âge que l'on pensait préservés. Et de nouveau, elle se fait énigme, puisque ce surgissement, cette incursion brouille même les repères que le savoir psychiatrique pensait acquis ("moi j'ai appris quand j'étais étudiante..."). Les "pathologies ont changé", on "s'aperçoit" encore et toujours que ce n'est plus comme auparavant, et que tout comme l'image des mailles du tamis de Gilles

Deleuze qui ne cessent de se transformer d'un point à un autre, c'est la folie qui au gré des aspérités de la société se fait toute entière modulation.

Bertrand : *"Maintenant, il y a plein, des trucs un peu bizarres qu'on arrive pas trop à soigner, c'est-à-dire tout ce qui est dû à la société folle, la société est devenue très très folle on va dire depuis une décennie et ça donne des espèces de comportement dont on ne comprend pas trop encore comment ça marche et comment on peut s'en sortir, qui nous mettent à la limite plus mal à l'aise que les psychotiques, beaucoup dans les jeunes notamment qui ont des conduites...qu'on arrive pas trop à soigner, ça c'est... [...] Vous savez c'est des images d'Épinal, il faut pas prendre cela brut de pomme, grosso modo pour les schizophrènes il y a des décompensations entre vingt et vingt-sept ans, les gens décompensent entre vingt et vingt-sept ans donc c'est pas nouveau ça mais par contre c'est des tableaux cliniques, c'est-à-dire des gens qui présentent des symptômes dont on ne peut pas dire que c'est des psychoses mais on peut pas dire que c'est des névroses, on sait pas ce que c'est parce qu'ils ont un comportement qui défie toute... il n'y a pas de loi, il n'y a pas de structure, mais c'est pas vraiment des psychotiques, il y en a plein...de psychopathes, mais c'est plus que de la psychopathie maintenant avec des gens qui font des trucs complètement loufoques, style tuer et découper quelqu'un en morceaux... enfin qu'on voyait pas avant sauf dans des grandes crises qu'on pouvait expliquer pourquoi, **il y avait un sens qu'on pouvait retrouver derrière un acte** qui semblait complètement fou, bon c'était dans le sens mais le sens on pouvait le retrouver, maintenant il y a des trucs gratuits comme ça et on ne sait pas, **il y a des gens qui sont devenus fous et difficilement soignables, sauf les enfermer.**"*

Dès lors, entre l'état chronique et la crise aiguë, entre l'état de fait biologique et le contingent du social, surgirait un type de pathologie qui échapperait à toute forme de tableau clinique. Une "société folle", "très très folle", produisant "des trucs un peu bizarres", échappant à la "loi", à la "structure", ni véritablement relevant de l'ordre de la psychose ni totalement de celui de la névrose. La folie échappe alors au sens, on ne peut plus décrypter, trouver ce qui se trame là derrière. Folie radicalement *insensée*, produisant un inédit et un inouï indéchiffrables ; de nouveau, l'enfermement n'apparaît plus que comme le dernier recours : "il y a des gens qui sont devenus fous et difficilement soignables, sauf les enfermer."

Dans ce prolongement, Luc : *"Ici nous avons des gens qui ne sont pas responsables de leurs actes et qui sont ici de manière générale..., je ne veux pas dire par là qu'ils sont tous complètement débiles, y'en a qui viennent se faire soigner pour une dépression nerveuse mais y'a aussi des gens, y'a aussi **des gens qui ne se rendent pas compte**, même sans être délirants, des gens qui... qui sont oui délirants si vous voulez mais même sans être complètement délirants, les gens qui sont dans des fatigues profondes qui ne se rendent pas compte donc... ils maîtrisent pas tout, ils ne se rendent pas compte, ils peuvent très bien ne pas se rendre compte du danger et de tout ce qu'on veut... donc c'est à nous de prévoir, c'est à nous de prévoir, c'est à l'institution de prévoir ce qui se passe."*

"c'est à l'institution de prévoir" ..., c'est donc à l'hôpital que revient la tâche de préserver de sa propre dangerosité celui qui se voit assailli par la crise, qui ne "maîtrise pas tout", qui "ne se rend pas compte".

François : *"l'administration en psychiatrie c'est une thérapeutique. C'est un mode de thérapeutique. La loi, les lois de tout ce qui est légal, y compris l'administration c'est quelque chose qui met, qui **encadre l'individu malade dans un cadre**, les psychotiques ils n'ont plus de cadre ça fout le camp de partout... ils savent très bien qu'ils sont dans le secteur les psychotiques, ils savent ça et c'est une thérapeutique, ils font partie d'un truc... avant ils n'ont pas d'identité, ils font partie du secteur donc c'est un mode de thérapeutique, c'est de l'institution vous comprenez."*

Que ce soit pour le cas de pathologies nouvelles ou encore pour le cas récurrent du psychotique, face aux troubles, face aux débordements de la folie, l'institution reste, pour ce soignant, la seule garante d'une remise en ordre mais aussi d'une protection du patient,

le seul cadre possible lorsque "ça fout le camp de partout". Ainsi, comme nous l'a dit Anne, "les murs soignent aussi... il y a besoin pour certains patients d'être cadrés, de cette carapace qui protège finalement..."

Muriel : "Normalement un patient qui est dans une chambre d'isolement c'est un patient qui est en soins intensifs, c'est comme en réanimation donc il doit avoir son lit dans une chambre normale, vous comprenez bien qu'un malade qui a besoin pendant une heure, deux heures ou trois heures... **qui est complètement dissocié, éclaté...** enfin bon qui a besoin je dirais d'avoir un cadre bien strict on le met dans cette chambre là... il faut que si dans l'heure qui suit, si le médecin estime que son état ne nécessite plus cette chambre là, il doit avoir son lit donc c'est toujours le nombre total de lits du services plus un, celui de la chambre d'isolement..., donc le patient qui est dans la chambre d'isolement doit obligatoirement avoir une chambre dans l'hôpital alors dans l'unité bien entendu, il faut considérer cette chambre comme un soin, c'est un soin c'est-à-dire que vous avez dans les services de réanimation des services... vous êtes en réanimation, vous sortez de la réanimation vous êtes dans un lit normal voilà. La chambre d'isolement c'est beaucoup pour contenir, beaucoup oui, beaucoup pour contenir soit crise d'agitation, soit... comment dire ? crise d'angoisse important, soit... parfois les patients ont besoin d'avoir des murs pour se retrouver un petit peu, pour se sentir plus en sécurité, vous avez plusieurs possibilités d'utilisation de la chambre d'isolement, il ne faut pas toujours mettre que la violence même si elle est souvent utilisée pour la violence. [...] Alors c'est vrai que ce sont des chambres qui ne sont pas très agréables, la chambre d'isolement c'est le lit qui est scellé, tout est fait pour que le patient ne se fasse pas mal donc des vitres protégées, l'éclairage protégé, le radiateur protégé et puis il y a un wc, un lavabo mais on peut... on actionne l'eau de l'extérieur dans un sens exprès. Il y a un sas entre la chambre d'isolement et... alors les chambres d'isolement telles qu'elles sont maintenant aux normes, elles datent de soixante-dix par là, parce qu'avant la chambre d'isolement c'était juste le lit scellé... bon c'était... Par contre une chambre..., la cellule comme il en existait avant dans chaque unité de soin il y en a encore une à Bel-air où vous avez encore le lit scellé dans une chambre. [...] Ce n'était pas comme elles sont actuellement, donc maintenant quand on dit qu'on met un malade en chambre d'isolement il y a des normes assez strictes de sécurité, c'est pour éviter que les patients se fassent du mal."

Bertrand : "à l'époque on avait..., moi je n'ai pas connu mais je les ai vus dans des placards, j'ai pas connu la réalité de ce qu'on appelait les camisoles de force, bon ben les camisoles de force pour un mec complètement éclaté on lui foutait le machin et puis voilà hein, je pense que quelque part au niveau thérapeutique c'était infiniment meilleur que ce qu'on a maintenant qui sont des injections de médicaments qui effectivement donnent les mêmes effets, parce qu'est-ce qu'on fait ? **on fout par l'intérieur une sorte de camisole chimique** qui fait que les gens ils ont plus de... symptôme, enfin du moins ils sont calmés mais qui fait que toute communication est effectivement impossible [...] Dans l'éclatement les gens ils sont dans leur monde, ils vous écoutent pas, ils vous voient pas, donc il faut commencer par stopper tout ça alors on a inventé des neuroleptiques qui sont moins..., qui frappent moins et puis c'est plus facile quand même mais alors du coup les gens perdent leurs symptômes et on peut essayer d'avoir une relation moins angoissante, moins destroy, parce qu'un mec complètement éclaté il se tue, il s'éclate et tout. Donc on peut quand même aborder plus facilement dans le sens qu'ils ont quand même joué un rôle dans l'humanisation en tout cas dans le comment on les perçoit. [...] **Ça rend quand même plus possible la relation** même si c'est pas tout à fait vrai dans la réalité parce que ça suffit pas, mais en tout cas on peut quand même se mettre dans la même pièce et rester en face sans se taper sur la tronche, sans tout casser donc déjà on peut penser qu'on pourra s'écouter, ce qui est une réalité dans la vie de tous les jours. Mais bon il faut savoir que ces médicaments sont des médicaments qui sont terribles, enfin bon l'image d'Épinal du malade qui s'en va complètement stone ça c'est pas une image, c'est une réalité, après il y a des dosages subtiles des médicaments mais bon, on guérit

pas, on guérit pas ce genre de maladie, on ne peut qu'améliorer les contacts des gens, faire en sorte qu'ils retrouvent une vie à peu près bien, en ayant leur petit..."

Car la crise, l'éclatement, aujourd'hui comme au temps de l'asile demeure la même, tout autant spectaculaire que potentiellement dangereuse à la fois pour celui qui en est la victime que pour celui qui en est le témoin. Face à la *dissociation* de ceux qui "*sont dans leur monde*", les solutions semblent plus que restreintes. Il faut contenir, encore protéger en confinant et en séparant. Et nous voyons bien au travers du discours de Bertrand que le recours particulier à la chimiothérapie se traduit par une attitude partagée, ambiguë. Elle est à la fois nécessaire en ce qu'elle ramène le malade à une possible ouverture au dialogue mais, en même temps, et là réside le paradoxe, elle peut aussi devenir menace quant à ce qu'elle risque d'impliquer comme rupture d'avec le monde et les autres.

Pierre : "*La psychiatrie et bien je dirais que c'est un endroit où les gens ont subi un accident, ou un problème dans la vie machin, et après c'est quelqu'un qui disjoncte quoi... c'est net, c'est clair et on est là pour essayer de les soigner, il n'y a pas d'autre moyen, mais bon faut pas... c'est ma façon d'expliquer [...] ils ont pété un boulon..., ils ont pété un boulon, ceux qui sont récupérables ils sont récupérables, il y en a qui ne seront jamais récupéré malheureusement. **La psychiatrie on y est tous presque dedans**, si tu as un accident... la limite elle est pas loin, le cap à franchir il est rien, un jour on est zen et puis un accident et six mois après c'est... ça y est... c'est pas plus simple que ça... mais enfin bref...*"

Cyril : "*Ouais je sais que moi j'essaie de rester modéré sur mes propos quand je parle de l'hôpital du Vinatier, souvent je dis que **tout le monde peut y être**... qu'un jour on peut avoir un accident de voiture, avoir une déprime, avoir... des problèmes d'alcool, de drogue ou tout ce que vous voulez et vous vous retrouvez ici... mais c'est vrai que ce n'est pas toujours évident...*"

Hervé : "*Il y a une réflexion que je fais quand les étudiants arrivent : Vous ne savez pas, demain vous pouvez avoir des troubles, et être hospitalisés ici, vos parents, votre femme, votre sœur peuvent... [...] Je veux dire **c'est quelque chose qui peut toucher tout le monde**, bon on est... quand on est à ce stade on est quand même diminué, on a pas les mêmes facultés donc il faut... c'est... ne pas maltraiter, ne pas mal considérer le patient.*"

Henri : "*Et puis les pathologies ont bien changé, y'a des choses qu'on voyait pas... comme, y'a des chose qui sont pas bien agréables, la drogue ou des choses comme ça, **ça peut frapper tout le monde** mais on en a de plus en plus et puis bon c'est peut être bien des gens qui sont récupérable certains... hein, c'est pas... je leur souhaite. [...] Je peux vous donner un exemple personnel, des amis à moi qui ont eu des problèmes et qui sont venus me voir... en dernier recours ils m'ont appelé... parce qu'ils étaient allé voir plusieurs médecins extérieurs et ils ont jamais pu régler leurs problèmes et en bout de course ils m'ont appelé à la maison et... catastrophé en me disant : qu'est-ce que je peux faire ? [...] Donc eux aussi ils ont maintenant un autre regard..., c'est sûr que je ne suis pas tout le temps avec eux, mais si un jour ils parlent du Vinatier... ils ne vont pas en rire, ils ne vont pas en rire.*"

Ou enfin ce dialogue entre Philippe et Daniel :

Philippe : "*- Ben pour moi c'est obligé de changer un peu, pour moi un fou est un fou, bon ben là j'ai vu qu'il y a plusieurs cas..., il y a même des gars qui parlent bien, et bien lui il me parle normalement et en plus... bon moi je me demandais c'était quoi son problème quoi, et c'est une question qui m'est restée x temps, qu'est-ce que son problème ? Pourquoi il s'est retrouvé ici ? Bon j'ai jamais su parce que bon je vous dis il ne faut pas non plus..., mais bon il y a des différences entre chaque personne je pense, entre chaque patient. Ouais j'aurais tendance de mieux comprendre entre une crise... comment on dit déjà ?... une crise de... une dépression et..., parce qu'il y en a pas mal qui sont là pour des dépressions.*"

Daniel : "*- **C'est pas de la folie**, c'est pas de la folie. Simplement **ça arrive à tout le monde** c'est ça qui est...*"

Philippe : - *Ça fait peur, je serais resté sur la base de Vinatier auparavant je me serais dit c'est pas une dépression c'est des fous et puis c'est tout. Voilà tout le monde est fou et puis terminé. Bon maintenant on voit que... y'a plusieurs cas, y'a plusieurs différences et puis voilà.*

Daniel : - *C'est pas de la folie voilà, c'est une façon de parler, mais ça pourrait arriver à n'importe qui, n'importe qui... ça arrive d'un coup et ils te mettent là et c'est fini quoi. Je vois ça comme ça moi. On peut plus en sortir, c'est fini."*

*Ainsi, ça peut arriver à tout le monde..., tout le monde peut être touché par la maladie, peut se retrouver confronté à elle puisque, dans une certaine mesure, comme le dit Daniel, elle n'est même plus de la folie. Elle est autre chose que cette altérité radicale, que cette condition inhérente à celui que l'on dit et que l'on voit fou. Pour Solange, "quand on a l'image d'un fou, je veux dire c'est un fou qui est adulte avec les stigmates qu'on peut imaginer alors que là dans le Vinatier finalement vous pouvez rencontrer **des gens qui ont une apparence normale** et puis bon qui débloquent complètement et ça on s'en aperçoit en discutant...". Dès lors la folie se fait imperceptible, elle n'est plus lisible sur la surface des individus mais partie prenante des liens qui les relie entre eux, dans la relation sociale même. Et la "dépression" apparaît un peu comme cette notion intermédiaire qui traduit la localisation floue d'une pathologie elle-même fluctuante, mais toujours menaçante.*

Menaces, contaminations...

Solange : *"Non quand j'ai commencé à travailler dans un hôpital bon **la peur du fou c'est quelque chose qui est présent partout donc on a eu peur que je me fasse agresser** ou je ne sais pas quoi... la crainte par rapport à mon lieu de travail c'est que je me fasse aussi agresser parce que c'est un lieu qui est un petit peu plus en retrait donc il n'y a pas de service immédiat, donc il faut sortir à l'extérieur pour... donc c'est vrai que si on était agressé on a aucun moyen, ben on a aucun moyen d'alerter à part le téléphone, donc c'est la peur d'être agressée et que les gens ne s'en aperçoivent pas... Mais sinon non c'est un lieu à risque mais comme un autre j'allais dire... C'est vrai que des personnes de mon entourage sont venues une fois ou deux... donc venir me chercher, donc ils ont été confrontés à la maladie mentale et c'est vrai qu'il y a des choses que l'on ne voit plus à force de voir les patients... mais bon qui leur ont sauté aux yeux, bon les stéréotypies de certains patients... des choses comme ça, bon nous on a l'habitude ça nous paraît presque... normal puisque habituel alors que des gens qui viennent de l'extérieur ils vont voir un patient se balancer comme ça... c'est impressionnant"*

Car la menace peut être celle que l'on ressent mais aussi celle que les proches redoutent. Une menace toujours diffuse, larvée, difficilement descriptible, dicible, une "crainte" de l'agression à l'intérieur même de l'établissement, dans ces lieux un peu "en retrait", éloignés des services médicaux qui eux savent la folie, ont les moyens d'en décrypter les symptômes et d'en prévenir les possibles débordements. Mais c'est aussi une folie du quotidien, qui finit par perdre ses particularités, à force d'être perçue, qui tend à se fondre dans la masse des éléments qui composent la scène psychiatrique. Ainsi, ce sont les autres, les gens de l'extérieur, étrangers à cet univers qui peuvent en révéler les singularités, s'étonner encore de sa bizarrerie. La différence est comme différée, éloignée, au risque de nier l'existence même du malade. Comme l'écrit Denise Jodelet, elle "vise à rendre les malades aussi indiscernables que possible, à les fondre dans le décor et à leur renvoyer une image et une réponse aussi neutres que possible." (1989 : p. 94).

Cyril : *"Ouais mes amis quand ils apprennent que je travaille au Vinatier et ben ils disent tous par exemple : oh putain avec les fous ça ne doit pas être facile tout ça, bon après je les mets tout de suite à l'aise en leur disant que **je n'ai pas de contact avec... avec les malades**, ou j'allais dire le peu de contact qu'on a souvent c'est des malades qui sont... qui sont calmes, qui sont... où il n'y a pas de problème j'allais dire. C'est vrai que des fois ça suscite des réactions bizarres, oui*

beaucoup..., beaucoup de conneries... comme si les gens croient qu'il y a des malades qui sont perchés dans les arbres... quand vous passez dessous ils vous sautent dessus, ouais des choses comme ça, des choses que j'ai jamais vues, enfin je n'ai jamais vu un malade me sauter dessus d'un arbre..."

Jeanne : *"Non non moi je crains, je crains avec un malade, un vrai malade mental je crains parce que je ne le connais pas, je ne connais pas les réactions qu'il peut avoir donc je suis craintive. Je suis maladroite sans doute et craintive en même temps. C'est vrai que j'ai jamais... non... je me vois mal à côté d'eux, je, je... non [voix très basse, presque inaudible] je crains quand même. Ce qu'il y a de bien c'est que dans ma profession il y a quand même ce... le fait que je ne les côtoie pas particulièrement, quand je vais travailler dans un pavillon je suis accompagnée, je fais mon travail... les malades ne nous approchent pas trop, il y a toujours quelqu'un pour les surveiller et on travaille, je fais mon métier et voilà. Mais c'est vrai que instinctivement je crains. [...] J'irai pas seule dans un pavillon, ça non pas question parce que je suis craintive et à juste titre ? j'en sais rien parce que je connais pas comment réagir vis à vis d'un malade, je ne sais pas, on a pas cette formation, on est en dehors de tout ça, alors que quelqu'un qui est dans le milieu médical lui le sait moi je ne le sais pas. Chacun son métier."*

Il faut donc rassurer, mais aussi se rassurer. Pour ces personnels non-soignants, et c'est une idée qui est souvent revenue, c'est la mise à distance qui protège de ce que la folie peut renfermer comme incompréhensible, comme différences insurmontables voire comme animalité dans cette image des fous " *perchés dans les arbres*" qui à tout moment peuvent sauter sur les gens, littéralement tomber sur la raison. A cause de cette dissemblance, la coexistence pour Jeanne par exemple, paraît difficile. Il s'agit, par rapport à cet autre que l'on méconnaît, dont on est éloigné et dont on a décidé de s'éloigner, de se situer toujours à l'extérieur, en dehors, mais aussi derrière, devant, au-dessus ou en dessous mais jamais "à côté" ou encore avec.

Adrien : *"C'est ce qui m'a choqué le plus. Et puis une salle de jour, dans la journée où il y avait 200 malades, et qui avaient des sabots, et qui tournaient toute la journée dans cette salle, et un infirmier tout seul. Je peux vous dire que la première fois que j'ai fait la salle dans l'après-midi, moi, je me suis mis dans un coin, et là j'avais peur. On avait pas de bip, on avait pas de sonnette, on avait rien... et des malades agressifs."*

Luc : *"Vinatier c'était l'asile de fous hein, l'asile de fous. Moi quand je suis rentré il y a des gens que ça traumatise, moi pas du tout, pas du tout, pas du tout... du tout. Moi dès la première minute où je suis rentré j'ai été très bien adapté, ça ne m'a ni fait peur ni rien du tout, je prenais quand même quelques précautions parce que je savais quand même pas à qui j'avais affaire, ça a peut-être duré deux jours hein, c'est tout. [...] J'ai eu des cas... il m'est arrivé de prendre des précautions. Un jour avec un collègue on est intervenu pour un problème dans une chambre de force et puis on arrive devant la chambre de force et puis y'avait un type... qui était dangereux. Et le collègue qui était avec moi [...] je lui dis : écoute tu me donnes tes outils, moi je vais rentrer, toi tu ne rentres pas et tu restes vraiment l'œil fixé, parce que dans les chambres de force il y a toujours une fenêtre pour voir ce qu'il y a dedans, parce que pour savoir si le malade n'est pas caché derrière la porte, et tu ne rentres pas, si jamais il me saute dessus tu viens pas me secouer parce que en crise si le malade me démolit moi il te démolira toi, par contre tu vas chercher du secours, moi je tacherai de me débattre le temps que... surtout tu ne rentres pas. Et alors c'est une précaution que j'ai prise et pendant tout le temps où j'ai fait mon travail mon collègue a surveillé et le malade était autour comme ça, il tournait, il me regardait comme ça, je le regardais de temps en temps et je me méfiais mais enfin bon sans me laisser impressionner et il a pas osé me sauter dessus et quand je suis ressorti je ne lui ai pas vraiment tourné le dos mais presque mais tout en ayant un œil en coin comme ça, et ça s'est passé comme ça."*

Et si la distance n'est plus envisageable dans cette confrontation à la folie, à ce qu'elle peut contenir comme dangerosité, et, de surcroît, dans un espace restreint, il faut

encore et toujours rester sur ses gardes, "prendre des précautions", adapter un comportement adéquat à défaut d'être envahi par la peur. Et de nouveau la figure de l'animalité est sous-jacente à travers l'image de ce malade, qui "était autour comme ça", qui "tournait", qui "regardait comme ça", comme aux aguets de la moindre erreur, de la plus petite faiblesse de celui dont il a fait sa proie. La rencontre se fait confrontation et ce n'est que par les jeux de regards que s'institue une distance entre l'un et l'autre, qui empêchera que l'un saute sur l'autre.

Sylvain : "il nous arrive ben... de ouais... Alors la plupart du temps quand la personne malade voit cinq six infirmiers autour de lui et qu'on demande qu'il nous suive dans la chambre, il le fait mais parfois ça peut créer aussi une situation violente pour la personne et donc là il peut s'agiter, on est obligé de lui sauter dessus enfin il y a des moments excessivement difficiles..., oui où on est obligé de maintenir la personne à terre et là de lui faire un traitement sédatif à terre, et puis après de l'accompagner sur un lit, de l'attacher, ça c'est des choses auxquelles on s'habitue pas attacher des gens... enfin moi je le fais presque tous les jours mais c'est des choses... c'est toujours très difficile... [...] Maintenant j'ai envie de dire que la plupart des infirmiers qui interviennent dans ces moments là ils allient le geste à la parole quoi, on parle toujours au patient, on le rassure, on lui explique pourquoi on l'attache... voilà donc ça c'est hyper important mais y'a encore des gros bras oui, y'a encore des gens qui ont... oui qui sautent, qui étranglent la personne, horrible horrible, donc à nous là aussi de pas accepter des choses pareilles, de dire stop à nos collègues mais c'est nous qui nous faisons ramasser, mais moi je préfère me faire jeter par un collègue qu'un patient se fasse étrangler, oui et puis parfois on a la trouille, parfois on a la trouille quand il y a une arme blanche qui est là et bien oui on se planque, si la personne est vraiment menaçante."

Mais face à la crise, face à l'explosion du délire, il est nécessaire aussi parfois de contenir et c'est au soignant, à son tour, de sauter sur celui qui en est victime, qui se voit coupé de sa raison, de lui-même et par là des autres. Ici la confrontation se fait toute entière physique, c'est une confrontation des corps, un rapport de forces qu'il est aussi nécessaire de moduler par la parole et par la douceur du discours. Car la crise est cet événement, ce glissement où l'autre se métamorphose en quelque chose d'autre, en un radicalement autre (certains soignants nous ont parlé de "monstruosité"). Et les mots peuvent encore être ce qui permet de faire résonner - oserons-nous dire *raisonner* - une part de lucidité dans ce qui paraît submergé. Ils sont aussi, comme dans la figure deleuzienne de l'enfant chantant sa comptine dans la nuit, ces repères jetés au devant, dans l'inconnu de l'égarement.

Éliane : "Ben c'est-à-dire que quand on dit des choses à l'intérieur de sa propre famille, on est un peu rejeté... **au départ on avait peur que ça me déteigne**, j'allais devenir folle, en plus comme j'étais une écorchée-vive assez fragile parce que je pense qu'il faut quand même être un peu vulnérable pour travailler en psychiatrie, sinon si vous êtes trop rigide ça fait pas des soignants..."

Bertrand : "C'est vrai qu'au début mes anciens collègues m'ont dit : ça m'étonne pas de toi **t'es aussi fou qu'eux...**, voilà c'est vrai qu'il faut peut-être un peu avoir un grain pour venir bosser ici, c'est obligé peut-être je sais pas, c'est vrai que les gens c'est plutôt ce qu'ils disent, en général c'est : en général les soignants sont aussi fous qu'eux... [...] Ce qui n'est pas une réalité concrète mais c'est un fantasme."

Antoine : "Vous savez quand ils disent , les gens, [à propos des soignants] "Ils sont plus fous que leurs malades", ils comprennent pas combien c'est vrai... **Ils entendent un autre sens...**"

Stéphane : "Oh vous savez il y a des fantasmes qui courent, **les psychiatres sont fous**, hein je crois que la psychiatrie c'est quelque-part le fou, ce qui n'est pas faux d'ailleurs, mais nous on a au moins l'honnêteté de le reconnaître... Oui ben, [souponner], peut-être avec une inquiétude je dirais..., une inquiétude de savoir si je n'allais pas devenir fou ou si... pourquoi je m'intéressais

aux fous finalement. Mais autrement non ça a été, ça a été je veux dire, non c'est pas... Je veux pas dire que c'est considéré comme une spécialité comme une autre hein c'est pas vrai, mais bon, une inquiétude par rapport à moi et peut-être par rapport à ce qui pourrait m'arriver d'une certaine manière : on sait jamais un fou hein, ça peut tuer, ça..."

Lucien : *"mais il faut faire très attention, c'est très dangereux, si on veut être efficace avec le malade, le malade a une personnalité qui lui est propre, a un langage qui lui est propre, un comportement qui lui est propre, il ne faut pas demander au malade de ne plus avoir ce comportement, ce langage, il ne faut pas lui demander sinon il n'est pas malade, mais c'est à nous de nous adapter le plus possible à ce comportement, à ce langage **sans nous investir totalement**. Alors il faut quand même une certaine possibilité de le faire sans être débordé, envahi par tout ça."*

Côtoyer la folie c'est donc s'exposer à ce qu'elle a de plus menaçant, à sa présence diffuse mais aussi à ses explosions chaotiques et brutales ; c'est aussi tenter de se repérer dans son univers de délire, dialoguer avec son propre langage, voire inventer un *autre* langage afin de pouvoir la traduire et par là la faire advenir. Il faut partager quelque chose avec le malade et ce partage peut être alors sa pathologie même. Dès lors la folie devient un peu ce principe général qui tend à imprégner, à imbiber, tous ceux qui la vivent au quotidien. S'en approcher, c'est par conséquent courir le risque que "*ça déteigne*", c'est courir le risque que la pathologie toute entière absorbe, phagocyte celui qui cherche à la comprendre, comme si porter son attention sur elle, c'était s'exposer aux dangers de sa *contamination*. Et cette contamination revêt un caractère quasi magique lorsque le statut même de celui qui s'en approche se voit transformé.

Bernard : *"Ouais et ben les gens tout de suite... une petite grimace quoi : ouh la la ça doit être dur ! Je ne sais pas... ça fait peur un peu, ça fait toujours un peu peur parce que ça renvoie à tout le monde mais c'est vrai que c'est peut être plus original que de travailler ailleurs, mais bon je les rassure tout de suite en disant que je ne travaille pas dans un service de soins, mais bon ils sont pas... et puis je ne sais j'ai l'impression que les gens sont... ont un petit peur d'être vus quand on dit qu'on travaille au Vinatier, **comme si tout de suite on était des voyants** parce que enfin je veux dire les gens qui travaillent dans la psy par exemple et ben tout de suite se mettre en protection : Ouh la la... il travaille au Vinatier il faut faire attention parce que... Tout ce milieu psy c'est un milieu particulier, les gens qui ne sont pas bien branchés tout ça... c'est pas très connu encore la psychologie dans le grand public je dirais... le Vinatier ça s'ouvre mais bon... : il paraît qu'au Vinatier il y a des machins comme ci, des trucs... les gens ils sont encore un peu comme ça, à penser que... des bêtes bizarres, ça saute des arbres..."*

Sylvain : *"Je crois que mes parents... enfin ma famille est assez fière, je sais pas si c'est le mot, du boulot que je fais... ils ont jamais été étonnés, je crois pas, alors eux ils imaginent... comme les parents quoi que c'est le fils idéal qui soigne, qui... voilà le bon samaritain. C'est vrai que je suis très impliqué dans tout ce qui est humanitaire des choses comme ça, voilà oui je crois qu'ils ont pas compris que c'était différent parce que même si j'ai des gens qui ont des problèmes psychiatriques dans ma famille pour moi... enfin pour eux je suis..., enfin c'était l'horreur pour moi... **j'ai été... désigné comme celui qui pouvait soigner ces personnes là** donc très vite j'ai dit que c'était pas possible évidemment, d'abord que je savais pas guérir et puis qu'avec la famille c'était pas possible, voilà sinon on m'appelle : tonton Vinat, mes neveux m'appellent : tonton Vinat. "*

Travailler au Vinatier, donc s'imprégner d'un univers de folie, c'est alors maîtriser des forces, parler un langage inconnu que seul l'on est capable de dominer C'est aussi avoir un autre regard, détenir un pouvoir de *clairvoyance* qui rend possible la lecture de l'autre, de ses failles, de ses secrets. C'est enfin endosser le rôle d'un thaumaturge situé quelque part entre le statut de *chaman* ou de *medicine man*, se voir assigner une place où l'on reste le seul et l'unique personne de la lignée compétente pour traduire ce qui

échappe à tous. C'est en tout cas être perçu comme différent. Ainsi, Éliane : *"C'est vrai que d'un côté il y a de l'intérêt vers ce que vous faites, mais quand il arrive des problèmes à l'intérieur de votre famille et que vous essayez de dire..., vous voyez par exemple il arrive une mort ou quelque chose de très douloureux et puis vous dites : il faut le dire à l'enfant parce qu'ensuite les cadavres dans les placards... on fait pas le deuil et ensuite ça ressort à l'adolescence ou plus tard, et bien vous êtes pas entendu parce que vous ne pouvez pas être... nul n'est prophète dans son pays et quelque part..."*. Comme si, par sa proximité avec la psychiatrie, Éliane portait un regard que l'entourage ne souhaitait pas toujours reconnaître. Peut-être faut-il éviter, masquer ce qu'il peut déceler comme pour exorciser ou du moins se protéger des dangers potentiels qu'il recèle. Cette différence devient de nouveau, mais cette fois-ci *pour le soignant même*, une mise à distance.

Reconnaissance, communication et rapprochement...

Comme nous l'avons précisé, il demeure nécessaire de perpétuellement réinventer un *autre* langage qui permette de dépasser les frontières de l'incommunicable. Et comme nous l'avons dit tout au long de ce texte, cette idée résume à elle seule toute la quête du savoir psychiatrique et de l'ensemble des individus qui en ont fait et qui en font encore l'histoire. Quelle que soit la gravité de la pathologie, quelle que soit la manière dont celle-ci prend forme, qu'elle soit "monstrueuse", aiguë ou chronique, il s'agit toujours d'extirper celui qui en est atteint de son monde subjectif en le reconnaissant comme encore appartenant au monde du commun.

Philippe : *"Moi oui, moi oui, dans le Vinatier ils me connaissent tous, ils me disent bonjour, m'appellent par mon prénom, ouais si j'en connais... pas tous hein, y'en a quelques uns quand même..., si si si, quand ils me voient : Ça va, tu as passé un bon week-end ? et tout. Je trouve que c'est sympa, oui c'est sympa. C'est sûr que c'est pas tous, il y a ceux qui vous répondent pas du tout, il y a ceux qui sont franchement désagréables mais bon... On est là pour les comprendre quand même, c'est pas... mais il y en a pas mal quand même, si si si, il y en a pas mal qui dialoguent bien avec moi. Mais oh si c'est pour les écouter... je veux pas généraliser mais ils vont toujours nous dire la même chose, qu'ils en ont marre d'ici, et ci, et ça, et patati et patata mais ils arrivent quand même à nous parler d'autre chose que d'ici."*

François : *"C'est vrai que le traitement de la maladie mentale a changé..., parler avec eux plutôt que de n'avoir que des rapports hiérarchiques. Mais c'est vrai que quand Requet avait cinq cents malade il ne pouvait pas..., ils les connaissait tous parce que comme ils restaient dix ans, quinze ans... mais actuellement on parle avec les malades, depuis... c'est vrai que la psychanalyse a rendu grand service, on s'est intéressé personnellement aux malades, personnellement... avant ce n'était pas possible vous vous rendez compte, ils étaient catégorisés par les agités, les fous...avant c'était les gâteux, il y avait au Vinatier un quartier de gâteux c'est-à-dire ceux qui n'avaient plus de discipline sphinctérienne, alors ils étaient entretenus d'ailleurs du fait qu'ils étaient dans un quartier de gâteux."*

Muriel : *"Vous savez quand on travaille... alors ça c'est des choses qu'on apprend dans les services où il y a justement ce que je vous disais, la communication non-verbale, ces patients qui sont arriérés comme ça, c'est pas psychotiques on sait pas si c'est la psychose qui fait la débilité ou la débilité qui... enfin bon... et voilà, donc ces patients quand on les douchait je sais que moi j'aimais bien prendre dans la pile de draps, on avait pas de serviettes de bain, donc on prenait des draps mais ça fait rien de passer un drap par personne c'est mieux qu'une serviette de bain, un*

mouchoir de poche, moi j'aimais bien prendre le drap qui était au milieu de la pile parce qu'il était encore tout chaud, on se blottit dedans, je vous assure que vous avez du plaisir et puis c'était bien emballé, c'était chaud, c'était maternant, c'était ça notre travail. Ça ce sont des choses pour ce genre de patients qui sont importantes, c'est des moments au moins où ils sont bien, du moins je le pense, on le voit sur leurs visages d'ailleurs, c'est vrai que ça demande du temps"

A travers ces trois discours, ce sont trois modes de communication qui transparaissent. Pour Philippe, non-soignant, c'est un dialogue du quotidien, où l'on échange sur des sujets banals, sur le travail, sur la réalité de l'hôpital et de l'ennui qu'il suscite parfois. Pour François, soignant, c'est une communication nécessaire puisque thérapeutique. Il s'agit ici de rompre avec ce que fut la dérive asilaire, à savoir l'anonymat du surnombre, le confinement par pathologies dans des services où la chronicité diluait toute forme de singularité mais aussi de possibilité de soin. Ainsi, dans les deux cas, l'échange verbal, l'échange de mots, certes dans deux contextes relationnels différents, réitère sans cesse cette idée à savoir que communiquer c'est "*comprendre*", c'est "*s'intéresser aux malades*" donc à leurs histoires personnelles, à ce qu'il fait qu'ils sont des sujets de parole et non pas seulement des objets de savoir ou de soin. Pour Muriel, cette reconnaissance de l'autre, c'est aussi, face à celui qui ne parle pas ou ne parle plus, le recours à cette "*communication non-verbale*" où le geste rend possible le contact avec la sphère subjective de celui qui se tient au devant de soi. En choyant son corps, en le sollicitant par la douceur des sens - et rappelons ici l'importance de cette qualité dans la manière dont Pinel concevait le traitement moral, les célèbres "*voies de la douceur*" - le malade, enfermé dans la claustration de sa pathologie, peut aussi ainsi être consolé.

Cependant, cette reconnaissance mutuelle par l'intermédiaire du contact et du geste s'effectue parfois sur un mode nettement plus conflictuel. Un personnel non-soignant nous a fait part un jour d'une altercation qu'il a eue avec un malade à l'intérieur d'un service. Alors qu'il se rendait dans une chambre, un patient lui a décoché un coup de pied. "*Instinctivement*", cette personne lui a répondu par un autre coup de pied : "*J'ai été aussi fou que lui*". Quelqu'un d'autre nous a un jour expliqué que lui aussi avait été frappé par un patient : "*C'était une personne agressive, qui avait l'habitude d'agresser les gens, mais je ne me suis pas laissé faire et je lui ai rendu sa gifle... je leur ai dit après aux soignants qui l'encadraient..., il ne faut pas qu'ils me touchent comme ça ou sinon qu'ils m'alignent du premier coup, parce qu'il ne faut pas me louper, parce que moi je ne vais pas les louper. **Je suis un peu fou de ce côté là, autant je ne leur ferais pas de mal, mais si il y en a un qui m'agresse... je ne suis pas là pour me faire frapper.***" A l'instar de Gladys Swain, il est possible d'interpréter ces deux incidents comme le prolongement de cette relation de communicabilité que tente d'instaurer l'univers psychiatrique entre le patient et ceux qui l'entourent. Certes ces exemples peuvent être choquants mais plutôt que d'y voir la marque d'une forme de violence pure, gratuite, traduisant un irrespect ou un dédain, il s'agit bien plutôt d'y voir à l'œuvre le même processus de reconnaissance de l'autre. Reconnaissance certes en négatif, mais reconnaissance tout de même. L'autre me frappe... Par un coup, par un contact physique, il va effectivement me faire mal mais aussi m'interpeller. Mais que faire quand cet autre qui m'interpelle, qui se tient en face de moi est un fou ? Vais-je l'ignorer, passer mon chemin, me détourner de ce qu'il me dit violemment, ou au contraire lui attribuer un sens, accepter d'être *touché* ?... Répondre par un autre coup, c'est peut-être ainsi reconnaître à l'autre une réalité, lui reconnaître aussi l'intention de frapper, donc d'agir et d'exister. "De quel droit me fais-tu mal ?" ou encore, "pourquoi m'interpelles-tu de la sorte ?". Telles sont les deux questions qui trament ces confrontations. Et au nom de ce droit qui nous lie mutuellement l'un à l'autre (peut-être est-ce encore cette folie qui surgit "*de ce côté là*"), où je te reconnais la volonté délibérée de m'accrocher, de me

montrer quelque chose, je peux, moi aussi, de la même façon, dans les mêmes termes te répondre. Simplement la question-limite reste de savoir si ces termes là sont les bons.

L'étrangeté...

De façon plus générale ce que traduit cet exemple, c'est le fait que quel que soit celui que l'on a en face de soi, c'est toujours par un processus de reconnaissance mutuelle que l'un et que l'autre se constituent. L'autre, qui se tient, là, au devant de nous, est alors un peu un *double*, tel que Foucault l'a défini. Mais ce double n'est jamais la projection d'une intériorité, il n'est pas un dédoublement de l'Un, ou de moi. Il est un Autre. Ainsi pour Gilles Deleuze, "Ce n'est pas une reproduction du Même, c'est une répétition du Différent." (1986 : p. 105). Plutôt que d'une émanation d'un Je, il s'agit bien plus de la relation à un toujours autre, qui est un Non-moi. Par conséquent, nous ne nous rencontrons nous-mêmes jamais à l'extérieur, car l'autre n'est jamais un redoublement de soi. Cependant, ce sera toujours *en* nous-mêmes que l'on trouvera de l'autre. De fait, quand cet autre est un fou, la radicalité des frontières s'estompent. Il n'est plus cet étranger, clairement défini, parfaitement identifié et que nous ne percevons que dans la fermeture de sa propre altérité. En ce sens, si le fou est mon double, en l'occurrence plus un *prolongement* plutôt qu'une *reproduction* pure et simple, il est possible de trouver en lui, de même qu'il est possible pour lui de trouver en nous, quelque chose de l'ordre d'une humanité partagée. Mais la distance persiste pourtant, nous ne sommes pas lui et il n'est pas nous, nous sommes différents l'un de l'autre sans pour autant de ce fait nous exclure radicalement. Ainsi moins que d'une relation d'étranger, il faudrait bien plus parler de l'instauration d'un lien d'*étrangeté*, qui au lieu de nous opposer nous réunit tout en nous distinguant. De nouveau, comme pour la question du dedans et du dehors, nous ne sommes plus dans un espace dialectique puisque l'étrangeté n'est pas de l'étranger. En effet, postuler la notion d'étranger c'est aussitôt se situer dans une relation d'opposition où un prédicat se définit dans l'antagonisme d'un second. Ainsi, à l'*étranger* s'oppose le *familier* par exemple. À l'inverse, l'*étrangeté*, et nous pourrions citer dans ce prolongement la notion de *multiplicité*, ne ressort plus d'une relation d'opposition, elle se suffit à elle seule. Elle renvoie grammaticalement à un substantif, où l'opposition n'a pas de raison d'être. Le terme se suffit, il quitte un régime de différenciation, afin d'entrer dans un espace de *types* de relations. L'étrangeté n'est plus une notion qui exclue, circonscrit, délimite ce qui est de l'ordre *de*, de ce qui ressort *de* et, à l'opposé, de ce qui ne l'est pas. À l'inverse poser l'étranger, c'est aussitôt poser son opposé, ce qui le distingue consubstantiellement, bref qui *l'identifie*. Or, l'étrangeté instaure un autre rapport, cette fois-ci non-dialectique, non-oppositionnel. Elle est ce qui nous lie à l'autre, qui rend possible la scène du dialogue et de la rencontre, même si cette scène demeure, malgré tout, tout entière délimitée par les limites même de ce que la folie autorise...

EN GUISE DE CONCLUSION OU LE FANTÔME DE TRINITE

Ce que ce texte a tenté de montrer c'est que, finalement, l'hôpital ne peut jamais se définir de façon claire et précise, qu'aucune analyse fixe et stable ne peut totalement l'expliquer et le circonscrire. Car c'est bien de l'oscillation, du diffus, du glissant et du mouvant qui caractérisent la manière dont ses différents acteurs le vivent au quotidien, le pensent. Finalement, aucune relation n'est simple. L'hôpital n'est plus à comprendre dans les termes d'une logique de l'ouverture *ou* de la fermeture. Il ne s'agit plus de voir en quoi s'il s'inscrit dans un processus qui le mènerait à passer d'une fermeture à une ouverture, ou d'une ouverture à une fermeture mais plutôt de le comprendre comme impliqué dans un jeu complexe de tensions permanentes. S'agissant de l'espace, comme nous l'avons montré, c'est à la fois la crainte d'une perte de ce qui matérialise une histoire, l'héritage d'un passé, mais aussi le rejet de ce qui en ce passé concrétise le souvenir d'un temps et d'un lieu asilaires. S'agissant de l'ouverture, les personnels adoptent cette même attitude à la fois de défiance et en même temps d'espoir et d'attente. L'extérieur est en effet perçu comme une entaille, comme ce qui surgit et bouscule l'ordre immuable de l'institution mais aussi comme ce qui contribue à ouvrir l'hôpital sur la cité et par là à redonner une place dans la société à ceux qu'il a pour mission d'accueillir et de soigner. Enfin, s'agissant de la folie, c'est encore un regard complexe, ambiguë qui se dessine, où la maladie mentale est entendue à la fois comme une nature intrinsèque, distante et distincte, qui confine celui qui en est atteint à une altérité radicale, qui fait de lui un étranger au monde qui l'entoure, et où la logique même de la communication frôle ses limites ; mais aussi à la fois comme cette distance qu'il s'agit encore et toujours d'atténuer par le recours permanent au dialogue qui reconnaît à l'autre, y compris au fou, la possibilité de partager une communauté de sens.

Au détour de nombreuses conversations, nous n'avons cessé de croiser une personne aujourd'hui disparue. Tel un spectre, elle n'en finit pas de hanter les mémoires de ceux qui font le présent de l'hôpital. Cette personne était une patiente. Il nous semble que dans ce qu'elle peut révéler comme imaginaire, c'est toute l'institution, son histoire et ses transformations que cette femme condense par sa présence-absence. Elle est là, "*levant ses robes*", "*criante*", "*invectivant tout le monde*", "*terrorisant littéralement toutes les nouvelles stagiaires*" ; cette femme "*lobotomisée à dix-sept ans*" qui "*nous insultait tout le temps : teta de con, teta de puta*", qui "*insultait même le curé*", qui était "*cleptomane, nymphomane, pyromane...*". Cette femme "*est morte comme elle a vécu*", "*parce qu'elle avait volé un œuf, qu'elle avait avalé tout rond lorsque quelqu'un l'avait surprise...*", elle "*est morte de ça, des suites d'une affection pulmonaire grave... c'est sa propre dérision qui l'a tuée*". Cette femme "*qu'on ne pouvait plus mettre dehors*", qui "*nous en faisait beaucoup*", en même temps protégeait, "*Ah oui ça elle pouvait nous faire du mal, mais jamais personne d'autre n'avait le droit de nous faire du mal qu'elle*", "*un jour elle a mis une gifle à un patient parce qu'il me parlait mal, c'était un peu mon garde du corps*", car elle était aussi "*très attentionnée, elle nous demandait toujours des nouvelles de nos enfants quand on revenait de vacances*", mais aussi touchante et attachante, "*parce que c'était un monument ici au Vinatier*", parce que "*au fond, il n'y a jamais de méchants, cette femme par exemple c'était vraiment la gentillesse même*". Et malgré sa disparition, elle ne cesse d'habiter ces murs qui l'ont accueillie de si longues années. D'une certaine manière, elle devient la figure de ce que l'hôpital est mais aussi de ce qu'il fut, lorsqu'il était ce lieu de séparation, de réclusion, où des existences entières d'individus se déroulaient à l'abri de cette enceinte protectrice. Car aujourd'hui une telle patiente, chronicisée depuis son adolescence n'existerait plus. Comme quelqu'un nous l'a dit, "*vous voyez et ben des patients comme ça on en voit presque plus et on en verra bientôt plus*". Il devient maintenant difficile, dans un hôpital, de plus en plus un lieu de passage, de

s'attacher à des individus qui se transforment ainsi en de véritables symboles pour l'institution tout entière. Symboles ambiguës, bien sûr, puisque, comme nous l'avons dit, les choses ne sont jamais simples... Car cette patiente était tout à la fois : expressive, radicale mais aussi attendrissante et attachante. Elle était un peu ce prisme où se réfléchissait une multiplicité de faisceaux, celui de la folie bien sûr, mais aussi celui de la souffrance, du délire et de l'humanité. Participant à la fois de l'étrangeté et de l'étranger, ce personnage n'en finit pas de résonner dans la mémoire de ceux qui l'ont côtoyée ainsi que dans celle à qui l'on en a parlé. Cette femme condense ce paradoxe qui semble inhérent à la réalité de l'hôpital, et qui trame, de fait, le projet psychiatrique dans sa totalité : accueillir sans retenir, soigner sans chroniciser, banaliser une pathologie sans pour autant la nier, mais aussi s'ouvrir sans non plus se déstructurer, accepter le passage comme nouvelle dynamique d'existence et de reconnaissance... Tels paraissent être les termes de ce paradoxe qui plutôt que d'empêcher le déploiement de la pensée psychiatrique, contribuent bien au contraire à en favoriser le mouvement critique.

Bibliographie

- Divers auteurs Penser la folie Galilée -1992 - 195 pages
- Augé Marc Non-lieux Seuil - 1992 - 150 pages
- Barrett Robert La traite des fous - la construction sociale de la schizophrénie
Les empêcheurs de penser en rond - 1998 - 328 pages
- Bertaux Daniel Les récits de vie Nathan - 1997 - 116 pages
- Blanchot Maurice Michel Foucault tel que je l'imagine Fata morgana - 1986 - 64 pages
- Bonnet Henri Histoire de la psychiatrie à Lyon CLE - 1988 - 250 pages
- Bourguignon André L'homme fou PUF - 1994 - 323 pages
- Castel Robert L'ordre psychiatrique Minuit - 1976 - 324 pages
- Chopin Jacques Le mur diplôme universitaire de gérontologie sociale
- Crozier Michel, Friedberg Erhard L'acteur et le système Seuil - 1977 - 478 pages
- Deleuze Gilles Critique et clinique Minuit - 1993 - 187 pages
- Deleuze Gilles Pourparlers Minuit - 1990 - 247 pages
- Deleuze Gilles Foucault Minuit - 1986 - 141 pages
- Derrida Jacques L'écriture et la différence Seuil - 1967 - 436 pages
- Dreyfus Hubert, Rabinow Paul Michel Foucault - Un parcours philosophique
Gallimard - 1984 - 364 pages
- Durand Gérard, Vassier Sylvaine, Vigne Alain Le grand écart de la prise en charge en psychiatrie confronté à la rupture du lien social - Du partiel et du global, à partir de trois récits. Mémoire de maîtrise en Management des services de santé 1996-97
- Foucault Michel Dits et écrits 1954 - 1988 tome 1 Gallimard - 1994 - 846 pages
- Foucault Michel Histoire de la folie à l'âge classique Gallimard - 1972 - 557 pages
- Foucault Michel Surveiller et punir Gallimard - 1975 - 360 pages
- Gauchet Marcel, Swain Gladys La pratique de l'esprit humain Gallimard - 1980 - 515 pages
- Geertz Clifford Savoir local savoir global P.U.F - 1986 - 290 pages

- Geertz Clifford Ici et là-bas Métailié 1996 153 pages
- Goldstein Jan Consoler et classier - l'essor de la psychiatrie française
Les empêcheurs de penser en rond - 1997 - 486 pages
- Guyotat Jean Études cliniques d'anthropologie psychiatrique Masson - 1991 - 169 pages
- Jeanson Francis Éloge de la psychiatrie Seuil - 1979 - 165 pages
- Jodelet Denise Folies et représentations sociales P.U.F - 1989 - 390 pages
- Lafont Max Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux thèse de doctorat en médecine - 1981
- Laplantine François Transatlantique Payot - 1994 - 295 pages
- More Thomas L'utopie Éditions Sociales - 1976 - 206 pages
- Nathan Tobie La folie des autres Dunod - 1996 - 219 pages
- Postel Jacques, Quételet Claude (sous la direction de) Nouvelle histoire de la psychiatrie Dunod - 1994 - 621 pages
- Pichot Pierre Un siècle de psychiatrie Les empêcheurs de penser en rond - 1996 - 241 pages
- Rappart Philippe La folie et l'état Privat - 1981 - 258 pages
- Ricœur Paul Du texte à l'action Seuil - 1986 - 406 pages
- Ricœur Paul L'idéologie et l'utopie Seuil - 1997 - 411 pages
- Swain Gladys Dialogue avec l'insensé précédé de À la recherche d'une autre histoire de la folie Marcel Gauchet NRF Gallimard - 1994 - 281 pages
- Thuillier Jean La folie Laffont - 1996 - 782 pages
- Todorov Tzvetan Mikhaïl Bakhtine le principe dialogique Seuil - 1981 - 316 pages
- Verry Vincent L'archipel asilaire Édition des deux continents - 1995 - 172 pages
- Zarifian Édouard Les jardiniers de la folie Odile Jacob - 1988 - 228 pages

Revues

- Lyon Médical - tome 236 - n°17 - 15 novembre 1976
- Confrontations psychiatriques - Épistémologies et psychiatrie - n°37 - 1996

Document de l'internet

- Gros Frédéric Entre pouvoir et territoire : Deleuze, Foucault - 1997
<http://www.edf.fr/im/html/fr/bib/articles/gros.htm>
- Triano Ana Maria Le concept d'utopie
<http://w1.neuronnexion.fr/~yves-p/utopie/utopie1.html>