

Évelyne LASSERRE
Axel GUIÏOUX

L'expérience cubique :
Approche ethnologique du quotidien d'une unité
d'entrée en soins psychiatriques

Responsable scientifique : François Laplantine

Nous tenons à remercier tous les membres de l'équipe pour leur patience, leur gentillesse, leur attention ainsi que pour la richesse de ce qu'ils nous ont donné à voir et à entendre.

De la même façon, nous remercions les patients présents lors du déroulement de cette recherche.

Pour finir, nous remercions la DRAC, la Mission du Patrimoine ethnologique, la faculté d'anthropologie et de sociologie de l'Université Lumière Lyon 2 et la Fondation pour l'Étude et la Recherche pour la Mémoire et l'Expression, sans qui cette recherche n'aurait pas été possible.

SOMMAIRE

Avant-
propos.....4

Espaces et temps du soin

L'entrée.....
19
Séparer pour
protéger.....23
Circulation et
encadrement.....25
Régularité et
répétition.....30
Attendre
.....33
L'imprévisible.....
35
Le
déménagement.....38

L'entretien défini

Entretiens et
relèves.....46
Dire la maladie : être et avoir
.....51
Le
cadre.....55
Les trafics de la langue
.....60
Débordements
.....66

Frictions	et	tensions
.....		69
Protection, contamination et encore le déménagement		
.....		73
La		morbidité
.....		77

<u>Conclusion</u>	
82	

Bibliographie

« Ainsi, n'est-il pas un fait que :
Qui pense, panse, et qui panse, pense. »
François Klein, 1937.

Avant-propos

Cette présente recherche s'inscrit dans le prolongement d'une précédente, effectuée dans un hôpital psychiatrique d'une grande ville de France pendant dix mois¹. Ce premier travail, fruit d'une commande du dit hôpital, s'était attaché à comprendre comment les différents acteurs de cette institution (administratifs, techniques et soignants) se représentent le fait d'exercer une activité professionnelle au sein d'un lieu qui conserve encore aujourd'hui, aux yeux du sens commun, les traces d'un passé asilaire synonyme d'oubli et d'aliénation. En effet, et cela malgré les efforts de transformations que prodigue depuis près de quarante ans la psychiatrie française, aux termes d'hospitalisation psychiatrique, d'hôpital psychiatrique sont continûment accolés ceux d'internement, d'enfermement, de réclusion, d'arbitraire... Et ce regard suspicieux que porte le sens commun sur la psychiatrie n'épargne rien ni personne. Ni les lieux mêmes de la prise en charge, sans cesse ramenés à la seule visibilité de ces hauts et épais murs qui la protègent des tumultes de la ville mais qui, dans le même temps, laissent la porte grande ouverte à une multitude de fantasmes et de peurs, résumant alors la psychiatrie à un culte douteux du secret et de l'isolement. Ni non plus les personnels qui, du fait de leurs activités, se voient suspectés par la sagesse populaire de partager bien plus qu'une simple proximité avec les « fous », avec ceux qui ne sont plus comme « nous », qui ne ressortent plus vraiment de ce que l'on reconnaît comme appartenant au commun, comme si à force de côtoyer la maladie mentale, ils finissaient, eux aussi, par en revêtir les affres et les stigmates.

Il nous a donc fallu franchir le seuil de l'hôpital et passer de cet autre côté, règne de l'« anormalité », pénétrer dans cet espace clos où se déploie la folie, en ce lieu « à l'autre extrémité du monde », où se creuse « la différence de l'Autre dans l'extériorité des autres »² ; espace retranché, tout

¹ Axel Guïoux, Évelyne Lasserre *De l'utopie au système d'action ou le dehors psychiatrique*, 1999, rapport de recherche effectué dans le cadre d'une convention unissant le Centre hospitalier Le Vinatier (la FERME du Vinatier) et l'Université Lumière-Lyon 2 (Faculté d'Anthropologie et de Sociologie), et cofinancé par le ministère de la Culture (mission du patrimoine ethnologique - DRAC Rhône-Alpes).

² Michel Foucault *Histoire de la folie à l'âge classique*, 1972, p. 199

autant effrayant que sécurisant, puisque c'est en lui et par lui que se trouve contenue la toujours possible menace que recèle intrinsèquement, dans notre imaginaire, la maladie mentale. Pourtant au-delà des murs, lorsque le seuil est franchi, c'est une horizontalité à perte de vue qui s'offre à nos yeux. Une immensité verdoyante, couverte de pelouse, parsemée de futaies d'arbres centenaires contrastant de façon saisissante avec la sévérité claustrale de l'enceinte qui au prime abord interpelle le regard du dehors. Territoire traversé de routes et chemins reliant, entre eux, les bâtiments clairsemés des unités de soin en un complexe réseau de communication parcouru par les mouvements incessants - Gilles Deleuze aurait dit « péristaltiques »³ - des allées et venues des soignants en blouses blanches, des visiteurs, des patients aux pas parfois un peu hasardeux, des divers véhicules d'intervention... Une géographie trouée d'espaces interstitiels tels ces chemins qui se tracent en marge des routes goudronnées et que l'on emprunte en guise de raccourci, une topographie percée, à l'instar de ces parcs, ces « *free places* », ces endroits-zones-franches qui comme l'a écrit Erving Goffman « semblent exhaler une atmosphère de détente et de libre disposition de soi »⁴. Cet éclatement géographique est en outre redoublé par une association d'architectures qui se combinent et se répondent conjuguant divers matériaux, formes et aspects. Ainsi, les repères temporels fusionnent en des strates d'historicités où à la pierre lourde des bâtiments massifs de l'asile d'antan se sont substitués les espaces plus lumineux et aériens des services de soin récemment construits. Ainsi, à la périphérie des constructions blafardes des années soixante, l'on peut encore observer les traces persistantes du parti pris séparatiste de l'utopie asilaire subsistant en l'espèce de ces larges tranchées - les *sauts-de-loup* - que l'on creusait afin d'éviter les fugues intempestives des insensés. Ou encore, la présence de ces surprenants animaux parqués que l'on rencontre au détour d'une allée, troupeaux de chèvres ou de biches, arpentant la surface herbeuse des parcs grillagés de l'hôpital et trahissant la perpétuation du paradigme naturaliste des aliénistes des siècles précédents comme si l'institution d'aujourd'hui souhaitait, au travers de leur présence, conserver ce lien indélébile avec son passé.

Et ce contraste perceptible dans la matérialité même des lieux a continuellement tramé les discours des personnels de l'institution que nous avons rencontrés lors de notre première recherche, contraste ambigu

³ Gilles Deleuze *Foucault*, Minuit, 1986

⁴ Erving Goffman *Asiles*, Minuit, 1968, p. 286

traduisant une tension permanente quant à la manière de penser, mais aussi de se penser, soi, dans l'univers du soin psychiatrique contemporain. En effet, si pour la majorité du personnel, l'hôpital d'aujourd'hui est considéré comme un lieu de soin comme l'est un hôpital en soins généraux, et si de la même manière la figure spectrale de l'asile est rejetée puisque, pour eux, synonyme d'enfermement et d'aliénation, il n'en demeure pas moins que la disparition de ce même asile reste dans le même temps source de regrets. À l'image de l'asile se voit ainsi aussitôt accolée celle d'un Âge d'or, temps utopique de l'indistinction où tous, personnels comme malades participaient d'une même réalité partagée, comme si la tangibilité des murs avait nécessairement rapproché, dans le partage d'un même espace de séparation, ceux qu'elle était censée protéger des clameurs de la cité.

Pour les personnels, cette posture paradoxale et en demi-teinte quant à l'histoire de l'institution prend toute son ampleur lorsqu'il s'agit d'évoquer les récentes transformations dont l'espace de l'hôpital a fait l'objet. Aussi, les modifications passées et récentes de l'institution (création d'un centre de gérontopsychiatrie ou encore d'un centre de recherche du CNRS) sont vécues, à la fois, comme nécessaires et porteuses d'une redéfinition d'un espace partagé, plus visible, rompant avec la tradition du secret et du retranchement asilaire, mais elles sont, en même temps, accusées d'être la cause de la disparition d'un territoire historique auquel, malgré tout, les acteurs restent attachés. Ils reprochent alors aux instances dirigeantes de l'hôpital de « brader » son espace, et redoutent de voir l'institution tout entière se faire littéralement dévorer par la ville, l'« extérieur ».

Dans ce prolongement, et cette tension a surgi ici dans la manière de signifier les relations au sein de l'organisation, chaque service, qu'il soit technique, administratif ou soignant, objecte à l'autre sa distance et son dédain : le personnel administratif reproche au personnel soignant sa culture du secret et une trop grande distance, le personnel soignant accuse le personnel administratif de ne montrer aucun intérêt quant à ses préoccupations, le personnel technique de son côté regrette le manque d'informations et de coordinations avec le personnel soignant... Mais malgré ce sentiment partagé d'incompréhension et d'ignorance mutuelle, la plupart des acteurs nous ont fait part de leur sentiment d'appartenance à cette même réalité particularisante et particularisée, à un même corps que volontiers l'on cherche à singulariser quitte à sombrer dans une affirmation identitaire excluante insistant de façon unique sur ce que le sociologue

Gilles Herreros dénomme une « irréductibilité du singulier de l'hôpital ». Et cette attitude prend toute sa force et son sens lorsqu'il s'agit pour les personnels, plus particulièrement techniques, de mettre en avant leurs compétences face aux prestataires de services externes qui, de plus en plus, concurrencent, et cela sur leur propre territoire, ces corps de métiers qui auparavant contribuaient à la parfaite autosubsistance de la micro-société asilaire. Désormais, il est de moins en moins fait appel à un technicien, électricien ou peintre, *de* l'institution, exerçant en son seul sein, connaissant de fait les moindres de ses recoins et secrets, mais de plus en plus à un électricien ou à un peintre du *dehors*, de la ville, dont l'extériorité bouscule les délimitations si clairement définies auparavant. Comme il nous a été dit un jour, « un serrurier d'un hôpital psychiatrique ce n'est pas un serrurier comme un autre ». En d'autres termes, lui seul saurait, connaîtrait, par la force de l'expérience, les nécessités matérielles, censées être consubstantiellement liées à l'accueil et à la prise en charge de la folie. Dès lors, et c'est le point principal sur lequel nous avons insisté lors de cette précédente recherche, l'hôpital semble osciller en permanence entre les regrets de ce qu'il pense avoir perdu et les espoirs qu'il nourrit quant aux transformations à venir de la prise en charge institutionnelle.

Car cette prise en charge a effectivement connu des transformations indiscutables. Du traitement moral de Philippe Pinel de la fin du dix-huitième siècle aux modes de soins actuels issus de la loi du secteur des années soixante, la psychiatrie française tend à quitter ces « *chemins difficiles de l'asile* »⁵ et ne peut plus se confondre avec une gestion raisonnée, ségrégative et autarcique de la maladie mentale. Elle n'est plus depuis longtemps la caution scientifique et médicale d'une gestion discrète et silencieuse des souffrances sans noms qu'ont pu engendrer les débordements d'une utopie asilaire mal maîtrisée. Car désormais, c'est de plus en plus dans la ville et de moins en moins dans les murs de l'hôpital que s'organisent les dispositifs d'accueil des pathologies mentales : centres spécialisés, Centres Médico-Psychiatriques, Centres d'Aides par le Travail..., comme si à l'hyper-localisation de l'asile d'hier s'était substituée une nouvelle territorialité faite de ramifications et de réseaux intégrés dans le mouvement incessant de la cité. Le *centre* donc comme nouveau et paradoxal modèle d'un décentrement, d'une délocalisation des prises en charge thérapeutiques hors les murs rassurants de l'hôpital. Au centralisme d'un asile moribond, on oppose maintenant la centralité de lieux d'accueil

⁵ Jean-Pierre Olié, Christian Spadone Les nouveaux visages de la folie, Odile Jacob, 1993, p. 235

situés dans les contextes de vie des patients : dans les villes et les quartiers, afin de ne pas couper ceux que l'on soigne de leur environnement et de leurs réseaux relationnels. Autrement dit, il n'est plus question de séparer et d'isoler le malade mais bien plus de le recentrer en le replaçant dans la trame du social. .

Ainsi, plutôt que d'une disposition hiérarchisée, massifiée de l'institution asilaire, nous sommes désormais en présence d'un système complexe de relations qui relie chaque ville d'un département ainsi que ses quartiers à des structures de soins situées non seulement dans les murs de l'institution mais aussi en dehors. Système que l'on nomme, depuis les années soixante, « sectorisation » et qui entraîne une véritable géographisation des liens entre l'institution psychiatrique et la ville. Il n'y a plus, de fait, de délimitations claires et précises entre un dedans de l'hôpital, qui à lui seul renfermerait la souffrance psychique, et un au-dehors du social dans lequel résideraient les ultimes critères de la normalité. Ici, l'insaisissable et pratique dialectique du dedans et du dehors montre ses limites, puisque le dehors de la folie est aussi ici, dans le dedans de la cité, à l'intérieur de cet espace communément admis comme celui de la normalité ; de même, le dedans de l'institution, de la prise en charge soignante proprement dite, est tout autant ici dans le dehors de la ville que dans le dedans des murs de l'hôpital... Dans ce prolongement, la terminologie forgée par Erving Goffman au regard de ces transformations ne peut plus être employée en l'état. Si ses réflexions pionnières quant aux jeux interactionnels en œuvre au sein de l'institution psychiatrique conservent une pertinence indéniable, il n'en demeure pas moins que l'usage du concept d'« institution totalitaire » ne fait plus sens. La notion anglaise de « *total institution* », certes moins polémique et beaucoup plus complexe car reconnaissant aux acteurs, personnels comme patients, des marges de liberté, des possibilités de ruses et de stratégies à l'intérieur d'un cadre de vie défini, montre elle aussi ses limites. Car si l'on suit la pensée d'Erving Goffman : « On peut définir une institution totalitaire (*total institution*) comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, *coupés du monde extérieur* pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie *recluse* dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »⁶. Comme nous le verrons, une partie de cette définition reste valide, une unité de soin psychiatrique

⁶ Erving Goffman, *op. cit.*, p. 41 (nous soulignons)

créée, en effet, *de facto* une rupture pour le patient dans ses repères spatiaux et temporels. Mais de là à établir un continuum entre celle-ci et des instances plus ou moins hétérogènes de par leurs logiques de pouvoir tels une caserne, un couvent, voire un camp de concentration, il y a une distance incommensurable à franchir et ce franchissement nous paraît aujourd'hui quelque peu incertain. L'institution psychiatrique éclate, ce qui au passage soulève bon nombre d'interrogations et de doutes chez les personnels hospitaliers, doutes dont nous avons pu voir les réminiscences lors de notre première recherche. Le nombre de lits, tout comme le nombre d'hospitalisations en *intra muros* ne cessent de diminuer. Les séjours raccourcissent et la majorité des patients entrant dans une unité de soin est orientée, dès que leur état psychique le permet, vers des structures d'accueil *extra muros*. Pourtant, la psychiatrie continue, aux yeux de l'opinion publique, de drainer ce flot vicié d'images sombres et tumultueuses où chambres capitonnées, camisoles de force, électrochocs, lobotomies disputent la place aux camisoles chimiques, aux infirmiers-médecins apprentis-sorciers manipulant des potions secrètes, que l'on injecte par force à celui que l'on prive de conscience... Un lieu donc de perte totale de soi, où le sujet ne peut que se plier devant la force totalitaire d'un regard - mécanique parfaite d'un *panopticon* généralisé - qui le scruterait dans ses moindres faits et gestes, qui irait le chercher jusque dans ses plus secrets replis.

C'est dans le prolongement des questionnements que nous avons dégagés de notre première recherche mais aussi face au constat de ce décalage qui perdure entre un imaginaire social et une institution psychiatrique en mutation, que nous avons engagé ce présent travail. Après une approche plutôt globale de l'hôpital, nous souhaitons resserrer notre observation en nous focalisant cette fois sur le fonctionnement quotidien d'une unité de soin psychiatrique proprement dite. Cette observation nous permettait alors de prendre en considération, de façon plus précise, cette multiplicité d'enjeux relationnels et interactionnels qui, au jour le jour, se font mais aussi se défont, se croisent et s'enchevêtrent, dans cet équilibre instable qu'est la prise en charge psychiatrique. Même si notre première étude nous avait familiarisés avec les caractéristiques d'une telle organisation, cela, malgré tout, ne suffisait pas. Et ici, le relais institutionnel, en l'occurrence concrétisé par la FERME (Fondation pour l'Étude et la Recherche sur les Mémoires et l'Expression) du Vinatier qui participe directement et intensivement à l'ouverture de l'hôpital par la mise en place

d'activités et de manifestations diverses (Culturelles, Scientifiques...), a été plus que nécessaire. Nous ne pouvions surgir de façon impromptue dans un univers qui légitime sa raison d'être par son souci de protection de ceux qu'il accueille. De même, l'intégration d'une équipe de soin, déjà constituée, par deux regards extérieurs, qui plus est non-soignants, impliquait, en amont, un long travail préparatoire de la part des instances encadrantes. Nous verrons que malgré un souci certain de faciliter notre venue, cette intégration s'est construite dans la rencontre, au fil d'un permanent travail d'explicitations et de négociations.

Nous n'avons pas véritablement choisi notre terrain d'étude, c'est plutôt lui qui nous a choisi, ou du moins son médecin-chef qui n'a pas émis d'objections à ce que deux ethnologues franchissent les portes de l'une des unités dont il est le responsable. Mais il est vrai qu'il était difficile aussi pour nous d'effectuer *a priori* un choix objectif de terrain d'observation parmi la pluralité de services qui constituent l'organisation. En effet, selon quels critères méthodologiques pertinents aurions-nous pu sélectionner telle ou telle unité de soin au dépend de telle autre, puisque nous n'en connaissions pas, sauf de l'extérieur, les modes de fonctionnement ? Finalement, c'est un service d'entrée fermé qui a accepté notre présence. Fermé au sens propre du terme puisqu'il est impossible d'y entrer sans l'usage d'une clé ou l'intermédiaire d'un soignant. Ce service compte actuellement 20 lits dont 2 de nuit pour un secteur de 100000 habitants. Le personnel se compose d'un médecin responsable de secteur, d'un médecin psychiatre, d'un praticien hospitalier, d'un interne en psychiatrie, d'un interne en médecine générale couvrant plusieurs secteurs et de deux ou trois externes, de 11 d'infirmiers, d'un infirmier surveillant, de stagiaires infirmiers, de quatre aides-soignantes, de cinq Agents des Services Hospitaliers, de deux secrétaires, d'une assistante sociale et d'un ergothérapeute.

Les patients hospitalisés à temps complet dans cette unité qui a constitué notre terrain d'étude ont, pour la majorité d'entre eux, transité dans un premier temps, lors de leur arrivée, par l'Unité Médicale d'Accueil, située à l'entrée de l'hôpital. Leur admission a été déterminée ensuite selon leur lieu de résidence principale. Cependant tous ne ressortent pas de cette même logique d'hospitalisation. Certains, nommés aussi « subsistants », sont des malades relevant d'un autre secteur géographique et donc d'une autre unité de soin, mais qui, pour diverses raisons (faute de place,

difficultés de prise en charge...) ont été orientés momentanément vers une autre unité. Enfin, quelques patients ne sont présents dans le service que de manière pondérée en hôpital de jour, une ou plusieurs fois par semaine, et cela afin de poursuivre leur traitement tout en conservant une vie sociale.

Il existe aujourd'hui trois modes d'hospitalisation psychiatrique. Depuis la loi du 27 juin 1990, qui remplace celle du 30 juin 1838, on ne parle plus d'*internement*, de *placement* d'office ou volontaire mais d'*hospitalisation* libre, d'office ou sur la demande d'un tiers. L'Hospitalisation Libre (HL), la plus courante, est demandée par le malade lui-même. Selon l'article L. 362-2 : « Toute personne hospitalisée avec son consentement par des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour toute autre cause. »⁷ Ainsi lorsqu'une personne se sent une menace pour lui-même et pour les autres, qu'il se sent véritablement *débordé* par une souffrance qu'il ne maîtrise plus, il a la possibilité de demander une assistance médicale auprès d'une institution psychiatrique. Dans le cadre d'une hospitalisation libre, le patient peut exiger à tout moment sa sortie, à l'instar des hôpitaux en soins généraux. L'Hospitalisation sur la Demande d'un Tiers (HDT) se fait à la demande du milieu social ou familial du malade qui juge nécessaire une hospitalisation. Elle doit être manuscrite et dûment signée par celui qui la formule. Elle sera ensuite vérifiée par un médecin puis accompagnée de deux autres certificats médicaux. Enfin, l'Hospitalisation d'Office (HO), la plus rare, est prononcée par le préfet de police et intervient lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux compromet l'ordre public ou la sécurité des personnes. Elle doit être examinée par un médecin dont le certificat sera transmis au préfet par le directeur de l'hôpital. Le maintien de l'hospitalisation d'office s'effectue par période de trois mois puis de six mois renouvelables. Le préfet peut, à tout moment, mettre fin à l'hospitalisation d'office mais après avis d'un médecin-psychiatre.

La majorité des pathologies traitée dans le service qui a fait l'objet de notre étude relève d'états psychotiques (schizophrénie, psychose paranoïaque, bouffées délirantes...) qui se caractérisent principalement par un trouble du rapport à la réalité dont le plus marquant est l'épisode délirant. Ainsi, les malades admis se trouvent souvent dans des situations d'extrêmes

⁷ in *La folie*, Docteur Jean Thuillier, Robert Laffont, 1996.

fragilités mentales ou encore dans des états de crises plus ou moins violentes. Mais il est parfois difficile lors d'un premier séjour de déterminer la pathologie dont la personne hospitalisée est atteinte. Comme le précise Robert Barrett⁸, la psychiatrie part d'un double projet. Elle est à la fois une technique pratique qui va *objectiver* le patient et dans le même temps une pratique morale qui tend à *reconstituer* le patient comme sujet. Et nous verrons à quel point, même s'il reste le pivot central de la prise en charge médicale, ce patient peut échapper à ces velléités d'objectivation et de reconstruction. En effet, lors de notre observation, des personnes alcooliques ou toxicomanes, plongées lors de leur admission dans des états d'agitation intense ou de repli total sur elles-mêmes, suscitaient un grand nombre d'interrogations pour le personnel soignant : les crises sont-elles dues à la prise des toxiques ? Auquel cas la personne ne relève pas d'un soin psychiatrique proprement dit. Sont-elles, au contraire, les signes d'une maladie mentale chronique, que la consommation d'alcool ou de drogues tente inutilement de camoufler ? Dès lors, c'est à l'institution et à la pratique psychiatrique de par le savoir nosologique et étiologique qui la caractérise qu'il appartient de mettre en place un dispositif de soin et d'accueil de celui qui maintenant endosse le statut de *patient*. Entrant dans le champ explicatif du médical, il est désormais reconnu et désigné comme *malade*, il n'est pas ou il n'est plus *qu'un* toxicomane ou un alcoolique. Il devient quelqu'un d'autre, en l'occurrence un *psychotique*, qui comme nous l'a précisé un médecin du service est atteint d'« *une maladie mentale* », qu'il s'agit, comme *toute* maladie, de médicaliser, de soigner, à l'instar de quelqu'un qui « souffre de l'estomac ou du cœur »⁹.

Afin de comprendre les modalités concrètes qui organisent cette prise en charge nous nous sommes attachés à nous immerger dans ce qui en constitue le quotidien. Il s'est agit, pour nous, de nous imprégner du rythme particulier qui scande les journées du service. Nous avons ainsi partagé la vie des personnels et des patients durant presque cinq mois. Les journées ont été découpées en trois segments référents : la matinée, l'après-midi et la soirée. Chacun de ces segments nous a permis d'observer ces moments clefs de l'unité que sont les levées des patients à 7 heures 30 du matin, les premiers soins, les toilettes, le partage collectif des repas, les activités qui ponctuent la journée jusqu'aux soirées, dans ces instants qui s'étirent lorsque les patients rejoignent leurs chambres. Il nous a été en revanche

⁸ Robert Barrett *La traite des fous*, Les empêcheurs de penser en rond, 1998.

⁹ Jean Thuillier, *op. cit.*, p. 263

impossible de rencontrer les équipes de nuit qui, lorsque nous leur avons fait part de notre démarche, ont émis de vives réserves quant à notre travail et à l'intérêt réel qu'il pouvait susciter. Nous verrons par ailleurs que ces réserves bien que rédhitoires pour les soignants de la nuit ont été soulevées de la même manière par le personnel de jour. Cette observation du quotidien nous a de même conduit à quitter les espaces fermés du service pour des visites ou des accompagnements de patients à l'extérieur. Nous avons eu enfin accès à certains ateliers thérapeutiques, ateliers créant ces instants privilégiés de relations entre soignants et soignés. Cette lente et progressive immersion nous a permis de « regarder le travail clinique comme une activité pratique »¹⁰, en nous attachant à étudier cette régulière ronde des tâches quotidiennes, constituant l'ordinaire de tous ceux qui participent au temps du service.

Mais cette observation nous a permis également de prendre en compte la pluralité des discours qui, sans cesse, redouble et façonne les pratiques du quotidien. Enchevêtrement entre dire et faire, entre langage et action, qui nous conduit à envisager, comme l'indique Marie-Noëlle Schurmans, la maladie mentale « en tant qu'objet d'une production sociale et à limiter l'objet d'étude au savoir de sens commun, c'est-à-dire en excluant une prise en compte du savoir actuel de la médecine psychiatrique ».¹¹ Dans cette perspective, le contenu médical des discours nous importe peu. Ce sont plutôt les contenus sémantiques à l'œuvre dans les *manières de dire* et les façons de traduire, dans l'interaction, la pathologie mentale qui nous intéressent. Ainsi, les formes que prend ce dire, à l'instar des autres formes de discours, s'inscrivent dans le même processus de narration, dans ce temps narratif de l'échange interpersonnel où se construit le partage collectif du réel. Ici, le langage médical ou soignant ne peut plus être considéré comme « un simple miroir du monde empirique », miroir réducteur dans lequel s'épuiserait tous les autres langages, mais bien plus comme le reflet d'une « vision extrêmement spécialisée de la réalité et du système de relations sociales »¹², traduisant une certaine manière de signifier la relation à la maladie mentale. Partant notre présence lors des relèves entre les équipes soignantes et lors des

¹⁰ Robert Barrett, *op. cit.*, 1998, p. 29

¹¹ Marie-Noëlle Schurmans *Maladie mentale et sens commun*, Delachaux & Niestlé, 1990, p. 9

¹² Byron Good *Comment faire de l'anthropologie médicale*, Les empêcheurs de penser en rond, 1998, p. 32

entretiens médicaux a rendu possible l'observation de ces interactions subtiles qui entremêlent significations et effets performatifs : ainsi tel patient vis-à-vis de tel infirmier ou de tel personnel soignant adoptera telle ou telle attitude afin de produire les réactions qu'il escompte de l'institution (une permission de sortie, la possibilité de téléphoner, la modification d'un traitement...) ; ou encore, lorsque tel soignant qualifiera le comportement de tel ou tel malade de façon positive ou négative, en fonction de ce lien qu'au quotidien il trame avec lui, il s'éloigne des repères d'un unique savoir médiciste se voulant le plus neutre et objectif possible pour rejoindre cet univers de relation où les infimes inflexions de l'affectif sont continuellement de mise.

Nous n'avons à aucun moment eu recours à des entretiens proprement dits. Nous nous trouvions plutôt dans une situation d'entretien permanent où chaque bribe, chaque fragment de relations participaient de la globalité de cet enjeu relationnel et dialogique qui s'est progressivement mis en place entre les acteurs du service et nous-mêmes. Nous ne disposions que d'un simple carnet de notes - que nous n'avons par ailleurs jamais cherché à dissimuler -, dans lequel nous déposions les réflexions et réactions qui, dans l'instant, nous paraissaient pertinentes. Ce carnet a bien sûr fait l'objet de maintes interrogations de la part des personnels soignants : « Mais qu'est-ce que vous écrivez tant là-dedans !? ». Il nous est parfois arrivé d'en lire ou d'en laisser lire le contenu quand certaines personnes le désiraient, car nous ne voulions qu'à aucun moment il ne devienne le réceptacle de toutes les craintes et les méfiances que pouvait parfois susciter notre présence. Réceptacle énigmatique, contenant mystérieux, censé receler les secrets des relations occultes qui se nouaient dans les tréfonds du service...

La prise de contact avec les patients s'est déroulée sur un mode assez similaire. Là encore, point d'entretiens mais bien plus des rencontres, des échanges impromptus au détour d'un couloir, dans une voiture, lors d'une sortie, dans le hall d'un grand magasin au moment d'achats de nourriture pour un atelier thérapeutique... Nous ne souhaitions pas recourir à une situation cadrée d'interview qui, à bien des égards, présente des points communs avec la situation de l'entretien médical. Ce recours aurait pu être source de confusion entre les rôles de chacun et gêner le travail de soin qu'engagent les soignants avec leurs patients. De plus, et cet élément ne peut être occulté, étant dans un service d'entrée, la plupart des patients admis présentent des pathologies plus ou moins sévères qui toutes nous

confrontent à la difficulté d'un dialogue qui, à tout moment, peut être rompu ou bousculé par le délire, les brusques survenues d'angoisse. La participation à un entretien même très ouvert, mais nécessitant une implication *a minima*, devenait alors une épreuve extrêmement difficile à soutenir. Nous avons donc préféré privilégier ces instants fugaces qui permettent l'ouverture d'un échange souvent riche et soutenu même si parfois très éphémère et transitoire.

Comme nous l'avons précisé notre arrivée dans le service a suscité nombre de réactions plutôt réticentes voire franchement hostiles. Ainsi, la réaction de cette infirmière, le matin de notre première venue :

- « Ah, tiens ! C'est donc vous les fameux étudiants en ethno-socio-machin-chose ! Moi, je vous dis tout de suite que je suis contre votre venue, et je le dis au nom de toute l'équipe, parce que je suis pas la seule à le penser... Donc, voilà, c'est un fait, il va bien falloir qu'on fasse avec. »

Dès lors, partant du constat que la situation *a priori* était plus que fragile, il nous a fallu engager un long processus de reconnaissance, d'acceptation, presque d'appropriation mutuel. Nous avons donc expliqué, réexpliqué et expliqué encore aux soignants les raisons de notre démarche, notre désintérêt pour un quelconque souci de validation individuelle ou collective de leurs pratiques et de leur travail. L'avenir même de notre recherche se jouait ici : nous devions avant toute chose nous faire accepter par l'équipe afin que notre présence au sein du service ne puisse être définitivement rejetée. Ainsi, et cela grâce à l'aide d'un infirmier qui dès le départ, malgré ce climat plutôt tendu, nous a aidés à nous familiariser ne serait-ce qu'avec la géographie des lieux, nous avons pu peu à peu gagner la confiance de ceux qui se trouvaient désormais devenir nos hôtes involontaires.

Par conséquent, nous nous sommes rapidement retrouvés dans une posture ethnographique intermédiaire nous situant quelque part entre celle adoptée par Erving Goffman d'un côté et Robert Barrett de l'autre, postures *a priori* antithétiques, mais qui pourtant, malgré les différences d'époques et de contextes qui les caractérisent, s'interrogent et se répondent par les interprétations socio-ethnologiques qui en découlent. Goffman d'un côté, donc, qui choisit délibérément de focaliser son étude sur les pensionnaires afin de décrire, voire de dénoncer la vie qu'ils mènent au sein de l'Hôpital Central. Et de l'autre, Barrett, à la fois médecin psychiatre *et* ethnologue, qui, s'il ne rencontre aucun problème pour intégrer une équipe de soin qu'il connaît et dirige (le collègue ou confrère « Docteur Barrett »...), admet ne

jamais avoir pu franchir le fossé qu'institue son propre statut vis-à-vis des patients qu'il suivait auparavant (« Vous me soignez depuis si longtemps, Docteur, que voulez que *je vous dise de plus que vous ne sachiez pas ?* »). En revanche, Barrett eut, pour son étude, toutes les libertés qu'il désirait pour accéder aux archives médicales, aux entretiens qu'il a même pu enregistrer, mais pourtant face aux patients, il ne réussit jamais à se libérer totalement de son rôle de médecin, rôle devenant presque de ce fait un attribut encombrant. Goffman, quant à lui, affirme tout au long de Asiles son parti pris qui le situe nettement *du côté* de ce point aveugle de la pratique psychiatrique : les malades. Victimes d'abus, de sévices, malades prisonniers d'un système de pouvoir qui les dépasse pour mieux affirmer son autoritarisme, malades soumis aux caprices de gardiens despotes et de médecins dont le savoir cynique ne sert qu'à légitimer la volonté ségrégative de la société américaine des années cinquante... Pour Goffman, il s'agit alors de brandir avec force la cause des victimes d'une institution dont il est nécessaire de dénoncer un mode de fonctionnement abusif et arbitraire, quitte à en oublier la raison d'être première, en l'occurrence, le soin. Certes, cette description est à situer dans un contexte où la pratique psychiatrique se confondait encore avec cette gestion raisonnée et déshumanisée de la déraison, mais cependant nous en retiendrons aujourd'hui - même si, comme nous l'avons vu, certains de ses présupposés restent sujets à discussion - la posture résolument ancrée du côté d'une observation minutieuse et précise des entrelacs relationnels complexes qui se jouent au sein de la population d'une institution psychiatrique.

Dans le cas de notre recherche, étant nous-mêmes confrontés d'emblée à des réticences évidentes, notre première tâche, avant toute autre, a été de nous faire accepter par l'équipe, sans que celle-ci ne se sente brusquée par notre présence. Nous avons ainsi passé de longs moments dans la salle de pause du service - qui par ailleurs est apparue comme cet espace charnière où un grand nombre de relations entre soignants, médecins et patients se déroule afin de régler cette multitude de conflits, d'attentes, de demandes, qui parsème le quotidien - à échanger quelques mots avec des interlocuteurs souvent curieux et étonnés, parfois plus méfiants. Nous avons ainsi compris à quel point notre venue s'effectuait dans un contexte assez tendu. Tout d'abord, le service se préparait à un déménagement important. La totalité de l'unité de soin descendait à l'étage inférieur, et cette perspective suscitait des inquiétudes tant au sujet de son organisation, de ses modalités pratiques que de ses conséquences sur les malades et... les

membres de l'équipe (« Vous comprenez, les psychotiques, ils ont besoin de repères, faut pas les bousculer, sinon ils comprennent plus rien... nous non plus d'ailleurs !... »). De plus, nous arrivions au moment des notations annuelles du personnel. Dès lors, le rapprochement était aisé... Notations... observateurs... qui plus est parachutés un peu abruptement par l'encadrement : « Bonjour à vous tous ! Ces jeunes gens sont des ethnologues... ils viennent vous observer. Surtout, vous faites comme s'ils n'étaient pas là et tout ira bien ! » Enfin, ce service, bien que coutumier de l'accueil d'un nombre conséquent de stagiaires divers, majoritairement en lien avec la pratique soignante, avait tout de même un peu de difficulté à saisir l'intérêt à ce que des « ethno-socio-machin-chose » viennent s'immiscer dans un quotidien qu'il est parfois difficile de maîtriser. Comme il nous l'a été précisé : « Vous savez, si vous avez été accueillis comme ça, il ne faut pas nous en vouloir... Vous savez on a tout eu... des étudiants, des stagiaires, des artistes et des fois, on est un peu saturés... Dès que quelque chose se fait sur l'hôpital, c'est pour nous ! Mais c'est vrai qu'en même temps, ça apporte une ouverture... et on en a besoin... »

Aux yeux des malades, nous nous sommes rapidement confondus avec la masse des soignants, puisque nous passions de long moment *de ce côté-là* du service, au côté des membres de l'équipe. Nous détenions un double des clés, nous assistions aux entretiens médicaux, nous nous tenions souvent dans l'ombre des soignants. Mais qui étions-nous exactement ? Des stagiaires infirmiers ? Des internes de passage ?... Parfois, certains malades nous honoraient, en nous serrant la main de façon énergique, d'un gratifiant « Bonjour, Docteur ! »... D'autres nous demandaient une autorisation afin de sortir ou d'expliquer une difficulté personnelle à tel ou tel infirmier ou médecin au cas où nous le croiserions. Lorsque nous en avions l'opportunité, nous nous empressions d'expliquer notre démarche, que nous n'étions pas soignants et que nous ne pouvions pas répondre à toutes leurs attentes... Ce type d'explication a parfois pu provoquer un certain scepticisme : « Mais qu'est-ce que vous faites là alors ? ». Rapidement, certains malades se sont rendus compte que nous n'étions pas toujours les bons interlocuteurs et que, finalement, nous ne leur serions pas forcément d'une aide très précieuse, même si nous restions pour eux objets de questionnements et de curiosité. Ainsi, on nous interpellait parfois dans les couloirs, puis une fois reconnus, un désappointement se faisait jour : « Ah c'est vous... heu, c'est pas vous que je cherche en fait... vous avez pas vu Odette l'infirmière ? ». Pourtant à force de présence répétée, nous avons fini

par nous mêler au décor, faisant partie, comme d'autres, de ce mouvement incessant qui sans relâche traverse les différents espaces du service.

ESPACES ET TEMPS DU SOIN

L'entrée

Malgré l'évidence des mots, pénétrer au sein d'un service dit d'« entrée » n'est pas chose aisée... Après une volée de marches, un hall. Quelques fauteuils et une table basse sont disposés en ligne devant une cloison vitrée derrière laquelle l'on distingue un couloir et une rangée de portes closes. Sur le côté, un ascenseur, face à nous, une entrée mais dont la porte refuse de s'ouvrir... Aux murs, une première plaque indique le nom du service, une deuxième les noms des médecins et du surveillant, une troisième, donne quelques indications: « Heures d'ouvertures : 13 H 30 à 18 H 30 ». Cette dernière plaque est affichée sur une seconde porte qui semble, de ce fait, être l'entrée principale. Mais une fois devant, un léger sentiment de désarroi se fait jour... La porte est fermée... Que faire ? Frapper ? Tenter de l'ouvrir ? Le regard s'égaré et tombe sur une sonnette, située un peu en contrebas, sur le côté... Nous sonnons. Au bout de quelques instants, des pas résonnent, une clé tourne dans la serrure, la porte s'ouvre sur une infirmière : « Bonjour... ». Nous essayons de nous présenter brièvement : qui sommes-nous ? Que venons-nous faire ? Deux ethnologues... une recherche sur le service... « Oui, oui, nous sommes au courant... entrez. » La porte s'ouvre sur un couloir. Sur la droite, immédiatement à côté de l'entrée, des chaises, une autre table basse, des patients sont assis ou debout, ils stoppent leur conversation, nous nous saluons, puis ils nous regardent nous éloigner, étonnés. Le sentiment est troublant : nous entrons alors qu'ils ne paraissent attendre qu'une seule chose : sortir. Par la suite, combien de fois, lorsque nous eûmes le privilège de détenir un double de clé, n'avons-nous pas entendu des patients nous lancer cette phrase avec ironie : « Laissez ouvert, on fermera nous-mêmes ! »

Toute la structure géographique du service s'organise autour de ce centre névralgique qu'est le couloir. Sur la droite, tout prêt de l'entrée - ou de la sortie - une sorte de sas donne sur la salle de soin d'un côté et sur la salle de pause des soignants de l'autre. Au centre de cette dernière, une vaste table ; dans un coin, un réfrigérateur ; un four à micro-ondes et une cafetière sont posés sur un long meuble mural ; une haute rangée de casiers touchant le plafond sépare la pièce en deux. Sur chacun, les noms des soignants sont inscrits. Un dessin, une photo ou une carte postale en personnalisent quelques-uns. Dans un recoin, un évier, un égouttoir où

sèche de la vaisselle. Un tableau au mur sur lequel sont lisibles quelques inscriptions écrites au feutre : « Sortie de M. ... à 13 heures à confirmer », « Mme ... traitement modifié »... Une photo de l'ergothérapeute du service, marquée d'une phrase : « À notre ergo préféré ! ». Sur le côté gauche, une porte ouvre sur la salle de soin. Celle-ci semble comme coupée en deux. D'un côté, du matériel de soin proprement dit, un paravent blanc dissimulant un lit médical, un évier, des pinces à compresses, des haricots... À l'opposé, un placard où est rangée la pharmacie, une table sous la fenêtre, des dictionnaires médicaux et psychiatriques, un bac dans lequel les dossiers des patients hospitalisés sont classés... Face à la porte d'entrée, une deuxième porte communique avec le bureau du surveillant du service. À l'intérieur : un ordinateur, des casiers, un bureau... Une porte fermée à clés au fond ouvre sur le couloir.

Jouxtant immédiatement la salle de soin, une vaste pièce tient lieu de réfectoire pour les patients. Une dizaine de table y est installée. Dans un coin, une télévision devant laquelle est placé un gros siège de cuir marron ainsi que des chaises. Autour, quelques plantes vertes... Une large baie vitrée apporte à l'endroit, contrairement au couloir éclairé en permanence par la seule clarté des néons, un peu de lumière de l'extérieur. Au fond, dans une petite pièce, le matériel nécessaire à la préparation des repas des malades. : un four, pour réchauffer les plats provenant de la cuisine centrale de l'hôpital, un lave-vaisselle... Sur le côté, une table autour de laquelle se réunissent les ASH du service. Parfois, quelques soignants les rejoignent, échangent quelques mots avec eux, mais une distance incommensurable semble comme séparer les deux lieux : d'un côté, la salle des infirmiers, de l'autre, celle des ASH, et au centre, le réfectoire qu'il faut traverser dans un sens ou dans un autre afin de se saluer le matin lorsque l'on arrive et le soir lorsque l'on part, ou lorsque l'on veut récupérer le journal du jour qui circule de main en main, de personnel en personnel...

Face au réfectoire, à gauche de l'entrée principale, une large porte conduit à ce couloir que l'on peut voir en arrivant, derrière la baie vitrée. C'est ici que sont situés les bureaux des médecins et internes du service. Une plaque sur chaque porte indique le nom de l'occupant. Un peu plus loin, le bureau de l'assistante sociale et des secrétaires. Sur le côté, encore une table basse et quelques chaises contre un mur sur lequel subsistent des traces noircies de cigarettes écrasées... Au fond, une salle spacieuse, très lumineuse, accueille les ateliers d'ergothérapie. Cette aile du service semble

plus en retrait, nous obligeant presque à retourner sur nos pas afin de nous y rendre. Elle apparaît un peu comme une sorte d'annexe dont l'isolement rompt avec la surface étirée du service, étirée dans le prolongement de ce couloir qui donne le sentiment au visiteur de s'enfoncer un peu plus à l'intérieur d'un espace tout en longueur. La porte d'entrée comme point de départ puis le couloir comme seule direction... Avec, au début, près des salles des soignants, sur les côtés, les douches, les toilettes, les pièces où l'on range le linge, le matériel d'entretien, puis quelques chambres équipées de fenêtres. Un infirmier nous explique : « Ici, on met les gens les plus mal... comme ça, on peut toujours avoir un œil sur eux et puis eux aussi, *ils peuvent nous voir...* en cas de problème, ils savent où on est... ». Plus avant, le couloir se rétrécit. Le long de chacune des cloisons : une suite sans fin de portes qui toutes donnent sur les chambres des patients. Le nom de chaque malade est lisible sur une petite plaque, à côté des entrées. Les chambres peuvent contenir jusqu'à trois personnes. Toutes sont disposées de la même manière et possèdent le même mobilier : un sommier, un matelas, une table de nuit, un éclairage général et un autre placé à la tête des lits, un cabinet de toilettes avec W-C, un placard personnel, décoré du même dessin, répété à l'identique - une forme abstraite, faite de tâches de couleurs rouges, jaunes et bleues, partant en volutes vers le plafond -, une fenêtre dans le mur du fond pouvant être obstruée par des rideaux... Les murs, les sols sont blancs, seule la décoration nébuleuse des placards apporte un étrange contraste à l'uniformité des lieux. Enfin, tout au bout du couloir, la salle de repos des patients. À l'intérieur, des chaises alignées le long des murs, une table de ping-pong branlante, une télévision, l'odeur âcre de la cigarette...

On ne peut être que décontenancé par les impressions que suscite, au prime abord, la géographie de ces lieux, lorsque l'on s'y aventure les premières fois... Géographie cubique, espaces de clôture, où l'horizon se restreint en permanence aux murs qui nous font face : murs des couloirs, des chambres, des pièces communes, des bâtiments des autres services sur lesquels donnent les fenêtres... Géographie qui ne donne au regard que la récurrence des lignes et des angles qui structurent chacun de ces arrangements : un cube à l'intérieur d'un autre cube, immense surface carrée, elle-même segmentée en un nombre impressionnant d'autres carrés. Et à l'intérieur de cette aire, des groupes disparates d'individus qui au fil de la journée ne semblent, au prime abord, que très peu se déplacer... Ainsi, tous les matins, le même regroupement de patients en attente d'une

possibilité de sortie, ou encore, ces mêmes personnes, presque spectrales, que l'on voit déambuler au hasard des couloirs et que l'on retrouve parfois au même endroit quelques heures plus tard. On entre alors dans un univers qui paraît à la fois protégé et protecteur, et dont le seuil se veut clairement délimité... Entrer dans l'espace de l'unité, c'est de fait entrer dans un autre espace, plus intangible et immatériel, en l'occurrence, celui du *soin*... Un espace aux limites et aux contours flous qui engage tous ceux qu'il accueille en son sein dans un jeu relationnel complexe et savant. La moindre parole échangée, le moindre geste, le moindre regard devient ainsi partie prenante de ce lien qui engage chaque protagoniste dans un même partage, de ce qui traverse en permanence ces lieux : la maladie mentale et sa prise en charge. Pour le patient, l'entrée se caractérise d'emblée par une remise en question radicale de sa condition. Il n'est plus au dehors dans l'espace commun, mais au-dedans d'un espace public parfaitement réglé et organisé. On lui ôte ses vêtements et le revêt, pour un temps plus ou moins long, d'un pyjama bleu. Ce pyjama est le même pour tous et traduit un double souci. D'une part, il marque physiquement le passage, cette entrée dans l'espace de soin qui redouble celle dans l'espace du service. Le plus souvent, la personne nouvellement admise n'a accès, lors des premiers jours de son hospitalisation, ni au téléphone, ni aux visites. Les sorties sont, généralement, dans un premier temps, proscrites, puis effectuées en compagnie d'un soignant... Tous ces impératifs, autant coercitifs qu'ils puissent paraître répondent cependant à cette même volonté : marquer de façon décisive ce passage entre deux mondes, celui de l'hôpital et celui de la société globale, que la personne, au sens littéral du terme, va endosser physiquement. Mais, d'autre part, cet usage systématique du pyjama répond aussi à une nécessité plus triviale. Il évite, en effet, les fugues des patients nouvellement admis qui, délibérément ou à la suite d'une crise, tenteraient de quitter le service. Luc, infirmier : « C'est vrai que ça arrive souvent... bon, ça simplifie les choses, les flics passent, ils voient quelqu'un pieds nus en pyjama au milieu d'une rue ou en train de faire du stop au bord du périph', ils se disent : « Bon, ben lui, il a du se barrer de l'hôpital psy ! » Après, ils nous appellent et ils nous le ramènent ! Et voilà... »

Séparer pour protéger

Mais la chambre d'isolement reste peut-être cet espace qui a lui seul résume le plus, et de façon appuyée, ce souci de rupture. Située, à droite de l'entrée, un peu en retrait, rien ne la distingue extérieurement des autres chambres. Pourtant, contrairement à ces dernières, celle-ci n'est pas équipée d'une mais de deux portes qu'il s'agit d'ouvrir et de franchir afin d'y pénétrer. La deuxième porte est dotée d'une petite fenêtre permettant d'embrasser du regard l'ensemble de la pièce. Entre les deux ouvertures, un passage intermédiaire à l'intérieur duquel peuvent tenir deux ou trois personnes. La configuration du lieu possède elle aussi des spécificités qui la distinguent du reste de l'unité. Au centre : un lit, vissé au sol, qu'il est impossible de déplacer... Sur le côté, près de l'entrée, des toilettes, un évier dont les robinets sont protégés par des caches en métal. Au fond, un imposant radiateur, scellé dans le mur et lui aussi recouvert d'une plaque en fer. Au plafond, un éclairage au néon est encastré, protégé de la même manière par un encadrement. Il n'y a pas de placard, le mobilier est réduit à son plus strict minimum, la fenêtre dans le mur du fond est obstruée, la lumière du dehors ne filtre que difficilement... Pierre, infirmier : « Ici, il nous arrive de placer les malades qui débarquent complètement explosés... Très violents, avec des hallucinations qui les terrorisent, genre des démons qui les poursuivent... ce genre de truc... donc c'est pour les couper dans leurs délires... un jour, un patient était persuadé que quelqu'un voulait le tuer... et dès qu'il regardait dehors, il voyait un tueur d'élite avec un fusil à lunette en face, prêt à le descendre, donc vous imaginez ce que regarder les petits oiseaux et les arbres pouvait lui évoquer... Donc la fenêtre obstruée, ça aide à limiter les débordements délirants... » Espace de retranchement, de séparation, la chambre d'isolement participe ainsi de ce souci de rupture totale que nécessite dans certains cas l'hospitalisation. Couper le patient du processus délirant qui le déborde, le couper aussi de toutes les sollicitations que l'extérieur peut lui apporter afin de limiter les effusions que son imaginaire lui impose. Luc ajoute : « Cette chambre, elle restreint la relation, si vous voulez... elle sert vraiment, vraiment à *recadrer* le patient... Pendant, je sais pas... deux, trois jours ou plus jusqu'à ce qu'on juge qu'il soit calmé, *il n'a que nous* comme interlocuteurs... nous et le médecin, c'est tout... Donc, au bout, d'un moment, y'a plus rien qui nourrit son délire... il est *obligé de s'en remettre à nous*, de laisser tomber toutes ses idées... on est là, on lui donne à manger, on lui fait fumer sa clope... on discute un peu... si il y a un problème c'est nous qui venons... il comprend comme ça

doucement qu'il est plus au même endroit, qu'il est maintenant dans la réalité... »

Restriction des sollicitations sensibles mais aussi restriction des relations interindividuelles. Le passage va être éprouvé pleinement par la personne qui doit « laisser tomber ses idées » afin d'avoir la pleine conscience de la transformation de la situation. Désormais, il ne se trouve plus dans les mondes parfois terrifiants de ses délires, mais bel et bien dans celui de ceux qui, désormais, se donnent pour tâche de définitivement l'arracher aux caprices de son esprit. Le soignant comme seul recours, comme seul lien de confiance avec l'extérieur, à qui il est nécessaire de s'en remettre afin de quitter ce premier lieu de rupture pour pénétrer par la suite dans ce second lieu d'accueil qu'est l'unité de soin. Et du fait même de la rupture qu'il engage, cet espace intermédiaire, tout autant enfermant que transitoire, soulève bon nombre de questions. Ainsi, la réflexion de cette infirmière de passage dans le service lors d'un remplacement : « C'est pas évident de revoir pour moi cette pièce... Dans le service où je suis on en a pas et là, franchement, ça m'impressionne de me revoir face à... ça me rappelle le service où j'ai débuté... dans ce service, l'équipe était... malade... pas saine... des pervers... des violents... des vieux infirmiers, pas des médecins... ils se servaient mal de cette chambre... comme d'une arme... un truc de vengeance... pour punir. Alors qu'ici non, c'est plus sain, on s'en sert de façon intelligente. »

De fait, c'est l'usage médical, le recours rationnel à ce lieu lourd de sens pour le regard extérieur, à la fois lieu de claustration et de contention, qui en neutraliserait les violences, comme si le geste médical, de par son intention et sa portée, *nécessairement* liées à l'idée de soin, au souci de soin, en nuançait les aspects négatifs. Si l'on peut *tout* voir d'un seul coup d'œil dans cette chambre, puisque même les toilettes sont visibles de l'extérieur, de par la présence d'une petite fenêtre dans le mur gauche du passage intermédiaire, c'est par souci de protection du patient, au cas où celui-ci se mettrait en danger. De même, si parfois, l'on peut recourir aux sangles afin de l'attacher à son lit, c'est encore par souci de sécurité, afin que lors de ses crises, il ne se blesse pas. Ainsi, toutes ces pratiques de survisibilité, de contention, d'entravement mais aussi d'isolement, en passant par le filtre objectivant de la pratique médicale, se protègent des dérives autoritaires et arbitraires que ce lieu peut aussi permettre. Comme le dit cette infirmière, le rapport est « sain », pas de « vieux infirmiers, mais

des médecins... ». Présence de l'autorité médicale qui par conséquent annihile toute velléité de « vengeance » ou de « punition », qui autorise un usage « intelligent » d'un espace dupliqué car dépassé en permanence par la méfiance qu'il peut susciter et les débordements qu'il peut produire. Pris dans ce registre de pratiques et d'intentions, le lieu se résume alors à l'unique souci de protection : se protéger soi, protéger le service dans sa totalité d'écarts incontrôlés, mais aussi protéger le malade de lui-même et des autres, le protéger en le conduisant à accepter, par son retranchement, la nécessité incontournable de cette même protection : « il comprend comme ça doucement qu'il est plus au même endroit, qu'il est maintenant dans la réalité... ».

Circulation et encadrement

Cependant, malgré ce souci omniprésent de protection, l'espace tout entier du service ne peut rester contenu dans l'instauration d'un découpage duel. Dialectique rassurante et séparatrice : d'un côté, la chambre d'isolement qui retiendrait à elle seule le chaos et l'agitation qu'impliqueraient les explosions délirantes, et de l'autre, le reste de l'unité de soin, confiné dans un territoire sécurisant que redessineraient sans cesse l'équipe soignante. Dialectique rassurante mais pourtant en permanence contrariée par le surgissement d'un dehors que rien ne semble pouvoir contenir. Car si l'espace du service s'institue avant tout comme lieu de soin, il n'en reste pas moins lieu de vie, lieu d'interactions, lieu commun de territorialité partagée. Un lieu de vie donc traversé par ses bruits et ses sonorités : la sonnerie soudaine d'un téléphone, le son régulier d'un poste de télévision, les murmures des conversations des soignants et des malades, les brusques éclats de voix provoqués par une réprimande ou un appel... Un lieu aussi traversé par ses parfums : l'odeur âcre et omniprésente de la cigarette, les exhalaisons caractéristiques et récurrentes des plateaux-repas journalièrement livrés mais aussi l'odeur fétide des corps ou des vêtements souillés... Un ensemble de sollicitations qui contredit cette impression d'attente morbide que créent les lieux au prime abord et qui révèle le fourmillement incessant des activités quotidiennes. Cependant pour Luc, cet environnement sensible déborde les cadres des simples activités du quotidien : « Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'ici, il y a quelque chose d'autre... quelque chose que tu ressens physiquement... moi au début, ça m'a... presque dégoutté... je sais pas comment dire... l'odeur de la folie. Cette odeur que tu sens dans une chambre d'isolement quand tu rentres le

matin après que le type, il a passé sa nuit dans ses délires... on dirait presque que les mecs, ils transpirent la maladie... et ça je l'ai ressenti même quand j'allais voir un patient à l'extérieur quand il était chez lui par exemple. Et c'est pas lié qu'au truc évident, genre le mec a vomi partout ou pissé contre les murs... non, c'est autre chose... c'est la maladie qui ressort... » Ainsi, un redoublement s'opère. Même si l'unité de soin demeure un lieu de vie, elle reste, aussi et avant tout, le lieu vivant de la folie. Un lieu qui, à force d'imprégnation, finit, dans ses murs même, par laisser transpirer la présence toujours latente de la maladie. Les lieux, les corps, toute existence physique participerait de ce mélange qui sans cesse réaffirme aux sens sa tangibilité, son omniprésence. On entre alors dans le soin tout en entrant dans la folie. Et, de la même manière, on entre dans le lieu tout en entrant dans ce qu'il recèle comme déraison.

Dès lors, tout est fait pour encadrer cet espace aux multiples entrées, afin que le franchissement de son seuil soit toujours pleinement éprouvé : une porte d'entrée principale toujours close, le pyjama de rigueur pour chaque nouvel entrant, le passage par la chambre d'isolement si cela est nécessaire, mais aussi l'acceptation indispensable de normes collectives. Ainsi comme le précise le texte du règlement intérieur de l'unité, et que chacun des nouveaux admis se doit d'avoir lu : « Il est interdit : de fumer dans les chambres et dans le couloir (autorisation dans la salle du fond) ; d'introduire dans le service des substances toxiques incompatibles avec votre traitement, en particulier de l'alcool, de la drogue. Vous devez remettre aux infirmiers vos médicaments personnels ; d'avoir des relations sexuelles dans le service. » Pourtant, malgré ce souci constant d'encadrement des personnes et des choses, des mouvements internes n'ont de cesse de traverser cet espace, créant par là des aspérités inattendues sur cette surface lisse et contrôlée que tend à préserver l'équipe soignante. Les cigarettes s'échangent, s'achètent, se troquent et se fument... dans les lieux interdits... Véritable lien avec l'extérieur, ce sont en leur nom que les patients exigent sorties et argent :

- « Où allez-vous comme ça, Monsieur ?
- Je voudrais sortir... pour m'acheter des cigarettes...
- Ha !? Et le docteur est au courant ?
- Oui, heu... non... j'en sais rien mais il m'en faut, et en plus il faut que je retire aussi de l'argent... »

Ou encore, ce dialogue entre un médecin et Jeanne, une patiente :

- « Alors, comme ça, il paraît que les cigarettes du dehors sont meilleures que celles qu'on achète à l'hôpital, pourtant ce sont les mêmes qu'à l'extérieur, Jeanne, vous le savez ça ?

- Non, non, c'est pas les mêmes... celles qu'on trouve ici, à la cafétéria, elles sont pas bonnes, elles sont amères... elles ont pas le même goût...

- Tiens, donc !...Et pendant qu'on y est vous croyez aussi qu'on met des médicaments dedans ?

- Ça, j'en sais rien, mais en tout cas, celles de dehors, elles sont meilleures !

- Mais lors de votre dernière sortie, « pour acheter des cigarettes », vous en avez profité pour fuguer ! Vous vous en souvenez, Jeanne... Elles doivent avoir vraiment bon goût, ces cigarettes !

- Je sais, docteur... mais, je veux plus fumer celles de l'hôpital... »

Des réseaux de solidarité se mettent ainsi en place. Des patients sans autorisation de sortie demandent alors à d'autres malades, qui eux peuvent aller et venir, d'acheter leurs cigarettes. Parfois, ces solidarités peuvent aussi être provoquées :

Patiente : - « Il me faut des cigarettes...

Infirmière : - Et pourquoi, demanderiez-vous pas à Claudine d'aller vous en chercher comme la dernière fois ?

Patiente : - Non, pas Claudine, elle est méchante... la dernière fois, elle a gardé mon argent et m'a fumé toutes mes cigarettes.

Infirmière : - Mais, elle va se rattraper ce coup-ci... Claudine, où êtes-vous ? Venez voir par-là...

(Claudine arrive, voyant l'infirmière et la patiente, elle s'apprête à faire demi-tour... L'infirmière la saisit doucement par le bras...)

Infirmière : - Non, par ici, Claudine... Madame a un service à vous demander... Elle veut que vous retourniez lui acheter des cigarettes... lui acheter, on est bien d'accord ?

(Claudine baisse la tête)

Patiente : - Vous voyez, elle veut pas, elle est méchante !

Infirmière : - Mais, non ! Elle va y aller Claudine... Allez, Claudine, prenez vos affaires et allez chercher les cigarettes de Madame, et on attend votre retour ! »

Dès lors, un mouvement incessant relie le dedans de l'unité au dehors de l'hôpital et de la ville. Des patients entrent, sortent. Familles, visiteurs,

soignants et malades se croisent dans un continuel aller-retour. Certains patients quittent l'unité de soin le jour afin de suivre leur activité professionnelle, puis reviennent le soir pour le repas et le coucher, d'autres, quelques jours après leur hospitalisation, sortent de l'unité et rejoignent le monde du dehors qu'ils avaient pour un temps délaissé. Et dans ce jeu de circulation ininterrompue, l'extérieur continue de surgir de manières diverses. Ainsi, cette patiente, sans autorisation de sortie, qui, pour son rendez-vous avec l'assistante sociale du service, va quitter sa robe de chambre que, habituellement, elle conserve toute la journée, pour des habits de ville qu'elle n'avait pas remis depuis son admission. Recréer de l'extériorité à l'intérieur afin de se reconnaître aussi comme partie prenante du monde environnant. Le bureau de l'assistante sociale n'est en effet qu'à quelques mètres, mais pourtant, les circonstances, l'importance de l'événement se montrent plus fortes que l'espace homogène et restreint du service. Quelque chose d'autre que le quotidien doit surgir, quelque chose d'autre qui doit être reconnu et apprécié à sa juste valeur.

Mais de cette circulation, peut aussi survenir l'imprévu, la relation entre dedans et dehors se faisant alors sur le mode de l'intrusion : des barrettes de haschich sont découvertes par hasard dans un placard, un groupe de patients est surpris en train d'en fumer dans une chambre, un malade rentre saoul le soir... Ici, l'ordre du service est remis en cause, les choses n'entrent plus dans l'ordre immuable que le franchissement du seuil implique consubstantiellement. Le dehors fait irruption, l'espace du service, bousculé dans son autorité, faille à son désir de protection. Il faut par conséquent réaffirmer le poids de la loi. Un infirmier : « L'autre soir, on débarque, ils étaient une dizaine dans la chambre à fumer un joint... Bien sûr, personne n'avait rien fait, alors que ça puait l'herbe dans toute la piaule ! Donc, on a été obligé de faire un contrôle d'urine généralisé afin de connaître ceux qui avaient fumé ou pas... » Le test une fois fait, les coupables ont été démasqués et si, le mode d'hospitalisation le permettait, renvoyés du service. Ou encore, au travers de cet exemple, c'est le surgissement de l'intime, au sein de l'espace collectif qui pose ici problème : un soir, une patiente est surprise dans le lit d'un patient, transgressant par là l'interdit de relations sexuelles dans le service. Odette, une infirmière : « Nous, on arrive et on les trouve tous les deux... enfin, pas besoin de faire un dessin... elle, qui normalement est complètement inhibée, était en train de rameuter tout l'hôpital, et le type, psychopathe notoire, lui, semblait complètement dépassé... alors nous, on leur dit d'arrêter mais rien n'y fait,

ils veulent rien entendre... on appelle le médecin, il arrive, les engueule, mais rien... donc il ouvre grand la porte, en gueulant : « Très bien, vous le prenez comme ça, vous connaissez le règlement, eh bien, puisque vous ne voulez pas vous arrêter, OK ! Que tout le monde en profite ! » Et il laisse la porte ouverte ! Mais les autres continuaient, ils s'en foutaient complètement ! Y'avait tous les patients morts de rire devant la porte et eux... tranquilles ! Et le pire, c'est que depuis la patiente va mieux, elle est métamorphosée... mais lui par contre... c'est pire, il est encore plus perturbé. »

Que ce soit par la survenue de l'illicite ou le surgissement de l'intime, qui dans ce contexte-ci, bascule dans l'indécence et le transgressif, l'espace ordonné se voit objet d'un renversement qui soudainement contrarie non seulement l'ordre des choses mais aussi l'autorité de ceux qui en garantissent la plénitude et la perpétuation. Et face à ce basculement, la primauté du regard est réaffirmée avec vigueur, regard qui aussitôt redouble l'exercice d'un contrôle, devenant par-là la seule parade contre le débordement et la dissolution. Le corps et ses sécrétions comme substitution à la parole de celui qui ne veut pas se trahir, dans le cas du premier exemple ; le regard des autres et la rupture de la séparation des espaces personnels comme réaction contre une prise de pouvoir du privé sur le collectif, dans le second cas. Cependant, face à ce poids du regard des soignants, le placard personnel reste l'un des seuls lieux échappant à ce souci de contrôle. Il demeure cet unique espace dans l'espace collectif qui, à l'instar de ce « *personnal territory* »¹³ dont parle Erving Goffman, peut servir de refuge à l'intime, quitte, lorsqu'il sert de cache pour des produits illicites, à devenir un moyen de transgression possible. Chaque patient en hospitalisation libre en détient la clé, qu'il attache le plus souvent autour du poignet, comme pour confirmer, par cette présence sur la matérialité du corps, l'accès à son propre territoire intime. Car même l'espace des douches par exemple est un lieu dans lequel les soignants peuvent à tout moment intervenir, si un patient se montre un peu trop long dans sa toilette ou s'il demeure silencieux aux appels : « Alors, Monsieur Z, vous en êtes où, ça fait un 1/4 d'heure que vous êtes là-dedans... y'en a qui attendent, faudrait se presser un peu !... Il répond pas... faudrait vérifier qui lui soit pas arrivé un truc... Bon, Monsieur Z, puisque vous ne répondez pas, j'entre ! »... Dès lors, par le rappel de ce souci de protection, l'espace des patients dans lequel les soignants ne peuvent s'immiscer doit se réduire à son plus strict minimum.

¹³ Erving Goffman, *op. cit.*, p. 299

Une intervention doit toujours être possible, rien dans le service ne doit pouvoir se substituer ou échapper à l'intervention soignante. Un lieu donc qui dans ses moindres recoins, dans ses espaces les plus secrets, se doit d'être en permanence traversé par le regard et le contrôle qu'implique corrélativement le processus de soin... Les soignants possèdent d'ailleurs un double des clés des casiers dont ils peuvent se servir en cas d'urgence.

Et cette nécessité est sans cesse réaffirmée au regard de cet insécable mouvement : entrer dans le lieu tout en entrant dans le soin et par-là entrer dans ce lieu de soin et se confronter à l'objet de sa raison d'être : la folie. Or, la folie peut aussi devenir cet ultime espace de retranchement pouvant conduire la personne à se couper totalement de cette omniprésente volonté de soin. Ainsi, lorsque le patient « ne veut pas se soigner », refuse « d'entrer dans le soin », « se replie sur lui-même », tout le processus se grippe, tout le maillage d'accueil et de prise en charge s'effiloche... Un autre espace se crée, un espace intime dont l'imperméabilité à la présence et aux gestes de l'autre le rend inaccessible, le sépare de tout dialogue, de tout échange avec autrui. Les repères se brouillent, la familière séparation entre unités de temps et d'espace, entre soi et le monde se désagrège. Une brèche est ouverte, et les soignants eux-mêmes ne sont plus à l'abri de cette confusion qui, soudainement, envahit le réel. Ainsi, Anne, infirmière à propos d'une patiente prostrée sur une chaise dans le couloir : « Elle est complètement larguée ! J'ai beau essayé de la bouger, elle veut pas ! J'ai beau lui dire qu'elle ne peut pas rester là, qu'elle nous gêne, là, au milieu du chemin... mais non, elle reste et tu sais ce qu'elle me dit ?!... Elle me dit qu'elle a un train à prendre ! *Qu'ici, c'est la gare de Perrache et que son train va arriver* ! Et elle en démord pas... pourtant, j'ai beau lui dire, que : « Non, ici, on est à l'hôpital, qu'on est là pour la soigner, et qu'il faut qu'elle bouge »... rien ! Tout ce qu'elle me répond, c'est : « Non, non, j'attends mon train, laissez-moi tranquille, je ne partirai que quand je serai dedans ! » Elle veut même plus manger ! On sait plus quoi faire, y'a plus rien qui la ramène... »

Régularité et répétition

Face à cette crainte d'un retranchement ultime de la personne, c'est non seulement l'espace du service et ses repères - repères qui, comme le montre cet exemple, peuvent à tout moment voler en éclat - que tentent de maîtriser en permanence les soignants, mais aussi la temporalité inhérente à la vie du service. Dès lors, pour contrer cette peur de l'éclatement, il s'agit

d'imprégner le quotidien d'une immuable régularité. Aux dérèglements et aux désordres qu'impulse la folie, on oppose alors la constance et la stabilité des espaces et du temps. Journées cycliques qui se suivent et qui, dans la mesure des possibles, doivent se ressembler, afin de rassembler ceux qui ne peuvent plus trouver leurs marques dans le réel. Deux ordonnancements se répondent alors : d'un côté, l'uniformité toute anguleuse d'espaces qu'il s'agit continuellement de contrôler et de rendre visible ; de l'autre, les boucles et les cycles d'une temporalité qu'il s'agit de répéter à l'infini... Deux ordonnancements qui se complètent et s'entremêlent dans la même volonté tenace de minimiser les risques de débordements inhérents aux états de psychose.

Ainsi, les journées, toutes les journées, suivent invariablement le même rythme. Pour les patients, ce sont les repas qui demeurent les points de repères fixes dans le quotidien : après le lever et les douches, le petit-déjeuner à 8h30, puis le déjeuner à 12h15 et enfin le dîner à 18h30... Parfois, une demi-heure avant l'heure dite, certains malades sont déjà présents devant la porte d'entrée du réfectoire... Les repas sont pris souvent en silence. Quelques bribes de conversations s'échangent, les malades les plus chroniques restent le plus souvent isolés, avalant avec précipitation et avidité leur nourriture. Ainsi ce patient à propos de Josette, une malade atteinte d'une psychose infantile : « Je peux pas manger avec elle ! Ni en face, ni à côté d'ailleurs, elle me dégoûte, cette folle ! Quand elle mange, elle s'en fout partout ! » Au milieu du repas, un soignant parcourt la salle en poussant un chariot sur lequel sont disposées les bouteilles contenant les traitements. À chaque patient correspond une fiole étiquetée de son nom, la plupart du temps, le liquide doit être bu devant l'infirmier : « Ouais, parce que des fois, ils sont malins, ils prennent pas leur traitement... Genre si c'est des cachets ils les recrachent ou ils les planquent. Alors que là, c'est un liquide, une « potion », comme on dit, donc on reste devant et on peut voir si effectivement ils l'ont bu ou non... » Puis, la journée reprend son cours, dans l'attente, pour certains, du prochain repas. Quelques événements peuvent cependant briser la routine : un rendez-vous avec l'un des psychiatres du service ou avec l'assistante sociale, la participation à un atelier thérapeutique, la possibilité d'une sortie en ville le temps d'un week-end ou d'un après-midi... Événements qui modifient certes quelque peu le cycle des journées mais qui en aucun cas ne ressortent de l'imprévisible. Chaque rendez-vous est, en effet, dans la majorité des cas, planifié tout comme les sorties qui nécessitent au préalable autorisations et avis

médical... Chaque instant qui scande ainsi le rythme du quotidien entre dans un ordre où l'imprévu, l'impromptu n'ont, théoriquement, plus lieu d'être. Dans ce prolongement, les notions de prescription et d'autorisation deviennent les principaux moyens de découpage du temps, créant ce « cadre », pour reprendre le terme de Franca Madioni, qui concrétise « une cadence du temps comme succession d'événements »¹⁴.

De la même manière, les soignants n'échappent pas au découpage qu'instaure ce même cadre. Leur propre rythme de travail et d'activité se calque ainsi sur la pulsation propre au quotidien des patients... 6h30, la journée débute... c'est le moment des premiers cafés et des échanges informels, *hors-soins* avec les autres soignants. Véronique : « C'est un peu le moment où on émerge... on arrive à 6 heures du mat', on est dans le brouillard, donc on se pose. On boit un café, on discute un peu de tout et de rien, des fois on parle un peu avec ceux de la nuit... et puis après la journée, elle commence vraiment, vers 7h15, on fait des prises de sang... Mais des fois, j'arrive, je suis toute seule, à 6 heures, y'a pas un bruit, rien, il fait nuit, j'ouvre la porte et derrière, il y a déjà des patients qui m'attendent et qui me disent : « Bonjour, Véronique, on t'attendait ! » et là, je me dis : « Ho, non ! Déjà ! ». » Puis, vient le temps quasi-rituel des relèves. Elles sont au nombre de trois, les plus importantes sont celles de 9h30 et 14h30. Une autre a lieu vers 6h30 du matin avec l'équipe de nuit, mais reste plus sommaire, seuls les incidents ou les nouvelles entrées y sont mentionnés. Les deux suivantes réunissent l'ensemble de l'équipe soignante, en l'occurrence médecins, infirmiers, aides-soignantes, ainsi que l'assistante sociale et l'ergothérapeute. Chaque cas de patients est ainsi discuté et commenté. Le moindre événement relatif à la situation d'un malade est examiné. L'on échange alors sur ses « progrès » ou au contraire sur ses « régressions », sa « stagnation », sur les actes « encourageants » qu'il commet, sur les comportements qu'il adopte vis-à-vis des autres malades ou vis-à-vis de l'équipe. Puis, à côté des quelques gestes techniques prodigués tôt le matin, entre le temps des relèves et celui de la distribution des repas, s'en suivent ces longs moments qui immergent, soignants comme soignés, dans cette rythmicité de l'attente paraissant presque consubstantielle à la vie de l'unité. Comme nous l'a précisé un jour un stagiaire infirmier : « Lorsque l'on débarque en psy et qu'on vient des soins généraux, on se dit : « Mais qu'est-ce que je fous là ! ? » Nos collègues nous le disent aussi : « Tu verras en

¹⁴ Franca Madioni *Le temps et la psychose*, L'Harmattan, 1998, p. 71

psy, tu fous rien. Tu t'assois, tu bois du café et tu fumes tes clopes... » Et c'est vrai que quand je suis arrivé, ça m'a donné cette impression... mais en fait, c'était qu'une première impression... » ou encore, cette réflexion d'Odette : « L'autre jour, je regardais la petite stagiaire infirmière qui vient d'arriver... Elle arrêta pas de courir dans tous les coins avec son tensiomètre ou avec son stéthoscope pour aller faire je-ne-sais-quoi... Elle courait, jamais elle ne se posait... et elle allait voir machin ou truc... et je lui ai dit : « Ho ! On se calme ! Ça se passe pas comme ça ici, on est pas à Grange-Blanche ! » Il fallait qu'elle comprenne... c'est pas comme ça qu'on bosse en psy. »

Attendre

L'attente et son apprentissage, tels semblent être les constantes qui traversent le quotidien de l'unité... Ainsi, entre ces moments récurrents des repas et des soins, qui chaque jour restent identiques à eux-mêmes dans leur continuels retour, se profilent ces longs instants d'attentes qui pourtant n'en demeurent pas moins essentiels. Attendre que quelque chose se passe, attendre qu'un patient tout à coup vous interpelle, ou vienne frapper à la porte de la salle de pause afin d'exprimer une demande, un besoin ou une angoisse... L'attente comme *tension vers* quelqu'un, qui conduit à « se figurer un lieu où l'après se réalise »¹⁵. Un lieu de relation et de projection vers l'autre que patients comme soignants tentent de construire ensemble. Pour les soignants, cette attente n'implique pas une présence continue à l'autre-malade mais bien plus une présence *possible*, qui les rend disponibles *si nécessaire*. Chaque malade sait où trouver tel ou tel soignant au moment précis où il en éprouve le besoin... Ainsi, tous les mouvements convergent vers cette salle de pause que chacun sait continuellement occupée par un infirmier. Un ballet incessant s'organise alors tout au long des journées autour de ce lieu central. On en entrouvre la porte, on y entre, on en ressort, on en interpelle les occupants : « Véronique, je peux sortir, le médecin a dit que je pouvais... » ; « Je n'ai plus de cigarettes, alors, qu'est-ce que je fais ?... » L'on s'étonne aussi quand les occupants ne sont pas ceux escomptés : « Est-ce que... ah, c'est vous ! Vous avez pas vu Luc ou un autre infirmier ? » De leur côté, les soignants tentent de se montrer les plus disponibles possible, prêts à répondre aux attentes ou aux sollicitations qu'expriment les malades. Pourtant cette attitude attentive rencontre aussi

¹⁵ Franca Madioni, *op. cité*, p. 164

ses propres limites. Odette : « Des fois, il faut savoir pas répondre tout de suite, parce que sinon on s'en sort pas... Il y a des patients qui peuvent venir comme ça quinze fois de suite... Alors quand c'est pas pour une cigarette, c'est pour une serviette de bain, ou un sèche-cheveux, après c'est pour téléphoner... et on s'en sort plus, on passe toute la journée avec la même personne... »

Aussi, la confrontation des patients à l'attente devient pour les soignants une véritable stratégie de soin. L'acte d'attendre et le sentiment qu'il procure deviennent ainsi des moyens de réinscription du malade dans le réel, le faisant échapper par-là à cet « être de centralité » dont parle Henri Grivois : « La centralité engendre le passé et l'avenir et plonge le patient hors du temps. L'événement majeur est advenu, il ne s'est rien passé avant et il ne se passera désormais plus rien d'autre. Si le temps, celui des hommes et des horloges, n'a plus alors de direction, une succession de faits n'en continue pas moins de survenir. Des individus s'entrechoquent, passent et repassent aux côtés du patient. »¹⁶ Par conséquent, après le choc de la psychose, après l'entrée en maladie qui précède celle dans le lieu et le soin, le sentiment intime du temps s'effondre. « Le temps vole en éclat. Le passé et le présent se mêlent. La douleur abolit le temps intérieur, tandis qu'à l'extérieur, il passe à toute allure, sans qu'on puisse le saisir. »¹⁷ Plus rien ne paraît subsister si ce n'est cette éternité indifférenciée de la dérive délirante. La rencontre avec l'attente serait alors reliée à la découverte par le malade de l'incertitude et donc de l'indécision qu'implique la contingence des relations à autrui. Le sentiment d'attente deviendrait cette projection de soi au devant des autres, il marquerait de façon profonde cette inscription de soi dans le monde et son cours. Désormais, les impressions délirantes où la personne se sent investie d'un pouvoir divin ou d'une mission sacrée doivent céder la place à celles que suscite le fait d'être un simple individu parmi d'autres dans l'indifférenciation de la foule. La révélation est rude : le monde peut exister sans le psychotique mais ce dernier ne peut exister sans lui. L'attente ne doit plus être néant ou mort, mais bien ouverture d'un champs de possibles sur l'autre. Et l'âpreté de cette révélation se traduit de la même manière dans les relations du quotidien :

Un patient : - « Je peux aller chercher de l'argent ?

¹⁶ Henri Grivois, *Le fou et le mouvement du monde*, Grasset, 1995, p. 138-139

¹⁷ Byron Good, *op. cité*, p. 266

Infirmière : - Mais dites, vous voyez bien que c'est la relève ! Et vous savez que l'on ne nous dérange pas en relève... donc, pour votre argent, on verra après !

Le patient : - Donc après la relève, c'est sûr on ira chercher l'argent ?

Infirmière : - J'ai dit *on verra, donc c'est pas sûr...* »

Dès lors, chaque demande des patients adressée aux soignants est redoublée par un impératif de temps. « À quelle heure ? » telle semble être la formule magique qui clôt chacune des conversations ou des échanges discursifs :

- « Je peux sortir ?... »

- On vous a dit cet après-midi ! Et là c'est le matin donc retournez dans votre chambre.

- Cet après-midi... mais à quelle heure ? »

Ou encore :

- « Il faudrait que je téléphone... »

- Pas tout de suite, il faudra revenir...

- Ha bon... et pourquoi pas tout de suite ?

- Parce que... pas tout de suite... c'est comme ça ! Revenez dans un moment...

- ... D'accord... mais à quelle heure ? »

L'imprévisible

Obsession du temps et de son découpage. Se montrer disponible mais pas trop afin de ne pas se faire absorber par les malades. Apprendre l'attente afin de s'immerger dans la logique collective du service. Affirmer son autorité par la réinscription de chacun dans le partage d'un même cadre temporel. Mais aussi pour les soignants se protéger de l'inattendu... Car quoiqu'ils fassent, quelles que soient leurs tentatives d'affirmer et d'affirmer encore la primauté d'une discipline de laquelle nul ne peut se soustraire, rien ne peut empêcher la survenue de cette multiplicité d'événements qui, tout à coup, impulse de l'imprévisible dans le déroulement trop évident du quotidien. Odette : « Face aux débordements, il faut savoir anticiper. Regardez, l'autre jour, un patient a eu une crise très violente... et je l'ai vu venir. Je le sentais, il se contentait de venir, il posait toujours les mêmes questions... et puis un jour, il est venu me demander une tisane... et il m'a dit : « Il me faut une tisane, parce que vous avez pleins de diables derrière

vous... » Et là, je lui ai dit : « Vous, vous êtes très angoissé. », et le lendemain, il a voulu se jeter par la fenêtre... les collègues l'ont retenu à temps. » Jean, stagiaire infirmier : « L'autre jour, il y a une patiente qui a appelé, c'est moi qui ai répondu... et, elle était vraiment flippée... angoissée... elle me disait qu'elle était entourée d'hommes qui cherchaient à la violer. C'était pas évident... mais j'ai un peu de jugé... j'ai discuté avec elle pour voir s'il y avait un risque pour elle, son entourage... mais c'est vrai qu'à partir de 5 heures, il n'y a plus de médecin, donc faut prendre quand même des décisions... »

Savoir « prendre des décisions » donc, « anticiper » pour ne pas se sentir débordé par des forces que l'on a peur de ne pas maîtriser, et dont on craint la dangerosité. Pluralité d'événements impromptus qui révèle soudainement la face immaîtrisée de la pathologie. Une tasse tombe sur le sol du réfectoire et se brise. Une rumeur sourde court chez les patients attablés... Cris de l'infirmière : « C'est toi Geneviève qui a fait ça ! Va chercher un balai ! Tu ramasseras tout ! J'aime pas trop qu'on se foute de ma gueule ! Il y en a ce matin qui sont en train de me chercher ! Ils vont me trouver !... Non, Mademoiselle Gisèle, on reste à table ! On se rassoie... tant que vous n'aurez pas fini vos vitamines, vous resterez là ! Et toi, Geneviève tu balaies sinon tu ne mangeras pas à midi ! » Gisèle proteste et tente de nouveau de se lever... « Vous allez les avaler ces vitamines, sinon on vous les fera dans les fesses ! Quant à toi, Geneviève tu ramasses ces débris, et plus vite que ça, même si tu ne voulais pas te lever ce matin... » Hurlements de Geneviève, certains patients excédés se lèvent sans même prendre le temps de finir leur repas... Un autre matin, c'est un plateau qui est brutalement lancé contre la porte de la salle de pause. Un patient refuse de boire sa potion. Il s'en prend au médecin-chef du service. Des infirmiers d'une autre unité sont appelés en renforts, tous arrivent revêtus d'une blouse blanche. Le patient récalcitrant est contenu. Odette court, une seringue à la main. Une patiente, témoin involontaire de la scène, hurle, gémit... Une infirmière : « J'ai horreur de ces débordements de violence... [s'adressant à une autre soignante]... Rappelle-toi, un soir, à 10 heures moins dix, le type qui tout à coup s'était taillé les veines et avait laissé pisser son sang sur les murs, tu te souviens, c'est toi qui avais épongé, qui avait passé la serpillière... alors ce genre de truc, ça te connaît... moi, ça me dépasse... » C'est encore la confrontation entre Geneviève et trois psychiatres espagnols de passage dans le service, qui, au moment précis de leur visite, la voient se jeter à leur pied, la tête la première, à même le sol... Inquiétude des

médecins qui ne sachant parler le français ne savent que faire... Trouble du médecin-chef qui lui non plus ne sait vers qui se tourner : « Il y a quelqu'un pour m'aider ? Il vient d'y avoir un accident, la patiente saigne beaucoup ! » Arrivée des infirmiers et de l'interne : « Ha ça, si c'est pas de l'hystérie dans toute sa splendeur ! » C'est enfin des événements plus mineurs, moins dramatiques, mais qui aussi, à leur manière, rompent l'uniformité trop évidente des journées, bousculent l'apparente monotonie du quotidien et impulsent ces fugaces mais néanmoins précieux débordements de vie. Ainsi l'exemple de ce patient musulman qui, exigeant de faire le Ramadan, suscite des ajustements imprévus :

Médecin : - « Il veut faire le Ramadan ? Bon... pourquoi pas, mais... il faut que je vois par rapport à son traitement... si ça peut créer des conséquences néfastes...

Une aide-soignante : - Mais en plus, il veut prendre son repas que quand la nuit est tombée, ça pose un problème... »

Médecin : - Ah bon... de toute façon, les repas se prennent à 18 heures 30 et nous sommes en hiver ? La nuit est tombée à 18 heures 30 donc il n'y a pas de problème.

Aide-soignante : - c'est vrai ça... bon, ben OK pour le Ramadan. »

Ou encore ces patients qui tout à coup improvisent un concert impromptu pour guitare et harmonica dans la salle de pause. Des malades arrivent curieux. D'autres s'emportent : « Non, c'est plus possible, faut qu'ils arrêtent ce bordel ! J'ai ma chambre à côté, j'arrive pas à dormir ! » Ou enfin, ces instants de convivialité qui, lors des ateliers thérapeutiques par exemple, recréent des liens de réciprocité et de complicité entre malades et soignants. Ainsi, autour d'un repas ou d'un gâteau préparés en commun, ce sont de nouveau des relations de socialité qui se tissent, apportant par-là une modulation inattendue à cette scansion régulière et maîtrisée du temps du quotidien.

Régularité et maîtrise qui comme nous venons de le voir ne cessent d'être bousculées et contredites dans leur apparente fixité. Bousculées par ces mouvements incessants des patients qui, désormais et contrairement au temps de l'asile, traversent en permanence le lieu, redessinant les contours d'une population continûment en mouvement. Ainsi ce dialogue :

Une aide-soignante : - « Avant quand j'ai débuté, on avait plus de chronique, ça bougeait moins...

(Un patient entre...)

Le patient : - J'aimerais récupérer mon walkman...

Aide-soignante : - Votre walkman ? Mais c'est qui ce monsieur, comment il s'appelle déjà ?

Une infirmière : - Moi, je sais pas, j'étais pas là d'une semaine... »
Les noms échappent, les visages glissent... À aucun moment, l'on ne va se tourner vers le patient présent afin de lui demander *en personne* son nom. Le danger d'un anonymat dépersonnalisant se profile ici où l'individu, pris dans le flux continu des entrées et des sorties, tend à devenir transparent aux yeux de ceux dont la tâche est de justement l'aider à retrouver une consistance, une inscription dans le monde. Finalement, dans cette circulation perpétuelle, les soignants apparaissent un peu comme les seuls repères inébranlables, garants, avec l'espace, d'une stabilité sans faille. Les patients-usagers changent, entrent, sortent, viennent puis repartent pour parfois revenir... Les soignants, eux, demeurent, égaux à eux-mêmes, finissant presque par se confondre avec la plénitude rassurante d'un lieu immuable. Pourtant, cette stabilité fondée sur une permanente maîtrise de l'espace et du temps du service a dû surmonter l'épreuve d'une mise en mouvement radicale et délicate : celle d'un déménagement...

Le déménagement

Dès notre arrivée dans le service, nous nous sommes trouvés confrontés aux réactions que suscitait l'échéance de ce déménagement. Comme nous l'avons précisé, il consiste en une sorte d'échange. Le service du premier étage du bâtiment monte, prenant ainsi la place de l'unité, qui, elle, descend à son tour pour s'associer à l'unité adjacente et ainsi former une nouvelle entité composite. L'agencement des lieux est, à peu de chose près, mais nous verrons que cette nuance est cependant lourde de sens, identique. Même organisation des couloirs, des chambres, des toilettes et des douches, mais une nouvelle salle à manger ouvrant sur un vaste jardin : « Ça c'est vraiment bien pour les patients... on est gagnant par rapport à l'ancien emplacement... l'été on pourra laisser ouvert, les gens pourront sortir, prendre l'air, on pourra faire des barbecues... c'est plutôt positif ! » Cependant, une certaine tension, à mesure que l'échéance approche, transparait. De l'agacement d'abord, face aux suffocantes odeurs de peintures qui envahissent les lieux : « C'est insupportable. On n'a plus l'impression d'être chez nous... Bon, je veux bien qu'il faut que ce soit propre quand on va partir... mais là c'est intenable... en plus, se farcir les couleurs que ceux d'en-bas ont choisies, merci ! » De la gêne, aussi, quand les collègues du rez-de-chaussée viennent en éclaireurs : « Attends, ils sont

déjà venus repérer leurs casiers ! Regardez, y'en a même qui ont déjà mis leurs noms ! En plus, ils veulent qu'on leur nettoie de fond en comble ! Ho, mais on est pas encore partis ! » De l'angoisse, enfin, quant à la réaction des patients : « C'est pas évident pour eux... la psychose, c'est la perte de repères totale et là, on va les prendre et les mettre dans un autre lieu, ça peut être terrible pour eux. Bon, c'est vrai qu'en bas, ça change pas beaucoup mais c'est quand même plus petit... donc forcément, ça peut créer des problèmes... »

« Déménagement »... Pendant de nombreuses semaines, ce mot sera sur toutes les lèvres, circulant à l'intérieur de chacune des sphères d'activité. Tout le monde y va de son propos, tente de se projeter dans ce nouvel espace, les quelques chanceux qui ont visité les futurs bâtiments sont interrogés avec curiosité : « C'est sûr, c'est trop petit ! », « Oui mais on a le jardin, maintenant... » Des réunions sont effectuées avec les responsables du service, les premiers cartons se remplissent, les casiers des soignants se vident progressivement. La salle de soin est rénovée. Elle comprend désormais une salle de décontamination comme l'exigent les nouvelles directives ministérielles. C'est ici que désormais les soins seront prodigués aux patients : « Une salle de décontamination dans un service de psy... pourquoi pas... c'est vrai que c'est plus sain quand on prépare le matériel ou des potions, mais on a quand même de plus en plus l'impression qu'ils nous tirent du côté de l'hôpital général. » Puis, enfin, le jour tant redouté arrive... Tout le personnel encadrant est présent : médecin-chef, surveillant, surveillant-chef. Notre présence en ce jour de chambardement ne passe pas inaperçue : « Tiens vous êtes là vous aussi, eh bien, décidément, il ne manque plus personne... ça doit être intéressant à observer ça : un déménagement dans un hôpital psychiatrique. Sacré programme ! » Tout le personnel s'active pendant que les patients finissent leurs petits-déjeuners. L'on se croise avec les collègues d'en-bas mais peu de mots sont échangés, chacun vacant avec persévérance à sa tâche... Puis une rumeur insistante se propage au sein de l'équipe... Rapidement, tous les soignants sont mis au fait : « Tu sais pas, c'était bien vrai, ils vont le faire ! *Notre salle de pause est déplacée !* » La rumeur enfle, nul démenti ne lui est apporté... Le mécontentement se fait de plus en plus pesant. Et, en effet, la nouvelle est confirmée : la salle de pause des soignants est bel et bien déplacée. Désormais, le lieu qui, auparavant, servait de salle de repos pour les infirmiers sert désormais de bureau pour le surveillant de l'unité. Quant aux salles de soin, elles accueillent désormais les nouveaux bureaux des

secrétaires... L'espace qui, dans l'ancien service, était entièrement réservé aux soignants, semble maintenant, par le jeu de symétrie qui fait parfaitement correspondre les deux lieux, totalement réapproprié par le personnel administratif. Yvonne, infirmière : « C'est vraiment dégueulasse ce qu'ils sont en train de faire ! Et vous savez ce qu'ils veulent nous donner comme nouvelle salle !? L'espèce de truc minuscule avec la vitre qui est entre la salle de soin et le bureau du surveillant ! Faut pas déconner... parce que cette salle, on sait pas comment l'appeler... de repos ? de pause ? Eh ben, y'a tout qui s'y passe. C'est un lieu de dialogue pour nous, c'est aussi un lieu de convergence pour les malades... Je leur avais dit à la réunion, il y a 6 mois... c'est pas une question de confort pour nous, c'est aussi un endroit où du quotidien se crée, il devient un exemple pour les patients aussi... » Virginie : « C'est important qu'on s'y retrouve, on en a besoin quand on est *dans* la psychose tout le temps, il faut en sortir par moment... sinon... ça va plus... c'est parce qu'ils veulent plus nous voir assis, parce qu'ils croient que quand on est comme ça, à boire un café, on fait rien... » Luc reprend : « En fait, ils veulent prendre le modèle des soins généraux... Faut qu'on soit debout, toujours à courir partout ! Alors en nous mettant dans cette salle, ils pensent réussir... un lieu où t'as pas de place, où tu peux tenir à trois maximum et en plus avec une grande vitre ! Comme si on allait passer notre temps à observer les patients dans le couloir ! » Observer les patients « dans le couloir »... qui, à leur tour, peuvent eux aussi observer à loisir les soignants dans leur propre espace intime. L'idée paraît inacceptable d'autant que sa proximité avec le bureau du surveillant est plus qu'évidente : « On doit faire une réunion ! Et vite fait, sinon on va tous se faire baiser ! » Quelques soignants montent alors à l'étage et récupèrent la large table qui auparavant occupait l'ancienne salle de pause. On la descend par l'ascenseur pour aussitôt l'installer... dans ce qui est censé être le futur bureau du surveillant. L'installation se mue en une véritable prise de possession territoriale. Des infirmiers s'attablent déjà, la machine à café est mise en route... D'autres personnalisent leurs casiers en y collant des cartes postales comme pour identifier à jamais un espace qu'ils sentent mis en danger. Tout à coup, le surveillant fait irruption dans la salle et ne peut que constater le processus d'annexion de *son* propre espace : « Ho, mais c'est quoi ça, à boire votre café ! C'est pas la pause, y'a encore du boulot en haut ! » À quelques mètres de lui, il surprend Yvonne en train de coller une fleur en papier sur la porte de son casier : « Tu fais quoi là !?! Pas question que vous remettiez vos merdes, sinon je passe tout au chalumeau ! » Yvonne s'exécute, les casiers étant désormais placés dans le futur espace de son

supérieur hiérarchique, elle ne peut que s'incliner sous le poids de cette reconquête territoriale, reconquête qui plus est difficile et qui va affirmer de fait avec d'autant plus de force sa densité. Cependant ce processus d'appropriation ne va pas s'arrêter là, et c'est encore les casiers qui deviennent objets de tous les enjeux. Virginie : « Mais, c'est pas normal ! On m'a donné le casier le plus haut ! Il en était pourtant pas question !!! » Une réponse fuse : « Attends, c'est bon ! T'avais qu'à t'en préoccuper avant ! Et puis t'es grande, tu fais plus d'1m60 alors tu vas pas te plaindre ! » Jean, infirmier, proteste à son tour. Il ne trouve plus son casier, l'équipe de nuit se le serait approprié la veille, sans son consentement : « D'habitude les aides-soignantes de nuit, elles ont un casier pour deux ! Et là, elles en ont pris chacune un et c'est le mien qu'elles ont piqué ! Il y avait mon nom dessus, elles l'ont arraché !! Bien sûr, elles mettent tout leur bazar dedans, leurs tricots, leurs broderies, alors tu parles, ces conneries, ça tient de la place ! » Après maints échanges, Virginie réussit enfin à échanger son casier avec une autre personne. Quant à Jean, victime malgré lui de ce processus d'appropriation où la personnalisation marque de façon définitive l'occupation des espaces, il ne peut que constater son impuissance : « Bon, j'ai plus qu'une chose à faire : choper l'équipe de nuit... Mais ils sont tellement bizarres que c'est pas gagné ! »

C'est dans cette redéfinition des espaces que les revendications dont ils font l'objet, à l'occasion de cet événement à l'ampleur indiscutable quant aux transformations et aux mouvements qu'il engage, révèlent de façon plus générale les positions et rôles de chacun. Car par ce déménagement, ce ne sont pas simplement des lieux qu'il s'agit de réinvestir, c'est toute une trame professionnelle qu'il s'agit de remettre en place. Et comme le réaménagement à l'identique, que souhaitent de leurs vœux les cadres de l'équipe, n'a pu se faire du fait même que cet identique n'était pas matériellement possible, il s'est alors agit pour chacun, selon sa fonction et son rôle, de retrouver sa marge d'action et de liberté dans cette nouvelle organisation. Et là les pôles (infirmiers, médecins, techniciens comme administratifs...) se resserrent, font corps dans leurs revendications. À la relative indistinction des statuts dans l'unité première, tous participant à leur façon au soin de manière complémentaire, se trouve soudain substituée une parcellisation, un découpage des fonctions selon leurs catégories.

Ainsi, le déplacement de la salle de pause devient, pour le personnel, prétexte à l'expression de certaines inquiétudes qui jusque là demeuraient implicites. Le secrétariat et l'administratif sont alors accusés de participer

avec les cadres du service à une lente mise à l'écart des infirmiers, mise à l'écart se concrétisant par l'éloignement géographique et le morcellement de l'équipe : « On ne peut que constater le fait : ce qui avant nous appartenait a été remplacé par les bureaux des secrétaires ! » Ou cette autre réaction d'une infirmière : « Ça devient n'importe quoi en ce moment, on est de moins en moins dans le soin... on est en train *de quitter le soin*... ils nous oublient et l'équipe est vraiment en souffrance. » Dès lors, à la dépossession géographique est accolée la perte pure et simple des spécificités de sa profession. On redoute une « schizophrénisation » de l'équipe qui en s'éclatant menacerait de se diluer dans l'espace. L'assistante sociale constate à son tour que dans ce remaniement spatial est bureau disparaît de l'unité. Il est désormais situé à l'extérieur, à côté du bureau du médecin-chef du service... : « Non c'est pas possible, ils m'ont carrément éjectée ! Je suis maintenant à l'autre bout du service ! C'est vraiment des nuls... comment je vais faire maintenant avec mes patients... je peux même plus les rencontrer au détour d'un couloir pour parler un peu ! En m'isolant comme ça, je vais être obligée de les voir que sur rendez-vous, le genre de truc qui casse complètement le boulot que j'ai entamé depuis deux ans... » Et il est vrai que ce choix pose question. Outre ses justifications logistiques toujours valides, il traduit aussi une certaine vision du social, social que l'on rejette au dehors du service, donc que l'on situe *hors* le médical, que l'on va cantonner à sa périphérie... Dans une certaine mesure, il souligne cette dichotomie qui sans cesse a traversé et traverse encore la pratique psychiatrique. D'un côté, le soin, la prise en charge médicale que l'on tend de plus en plus à maîtriser par entre autre l'usage raisonné de la chimiothérapie et de l'autre, la prise en charge sociale, qui pose avec insistance la question de la réinscription du malade psychiatrique dans le mouvement de la société globale. Il n'y a pas tant opposition ou substitution de l'une de ces problématiques par rapport à l'autre, mais plutôt instauration d'une distinction, d'une séparation entre le temps du soin proprement dit, où le médical se réserve la possibilité d'intervenir pleinement et celui de l'aide sociale qui ne pourra survenir que lorsque le médical aura le sentiment d'avoir totalement rempli sa mission.

Mais l'assistante sociale n'est pas la seule à prendre brutalement conscience des transformations radicales de sa situation dans ce que la sociologue Françoise Gonnet nomme « l'interdépendance du travail et des

fonctions »¹⁸ puisque l'ergothérapeute se voit, lui aussi, dépossédé de sa salle. Après discussions, on lui laisse « pour un temps » la possibilité d'occuper la salle de repos des patients, située au fond du service. Des propos assez vifs s'échangent alors entre lui et quelques infirmières : « J'ai su les conneries qui circulent sur les secrétaires qui auraient soit disant fait pression sur les médecins pour prendre votre place. Faut arrêter, là, ça va plus ! Faut arrêter avec ces conneries de la machination qui viendrait d'en-haut, des instances dominantes... De toute façon, vous, les infirmières, vous êtes responsables de tout ça, que vous le vouliez ou non. Vous avez fait cavalier seul. Vous n'avez pensé qu'à votre propre confort sans vous soucier des autres, de l'assistante sociale ou de moi par exemple ! Non, rien à foutre ! Pourtant nous aussi on participe au soin, comme vous toutes ! Mais vous n'avez pensé qu'à vous et regardez... j'ai même plus une salle à moi, je vais être obligé de bouffer sur la place des patients et... l'assistante sociale, c'est pareil, elle est même plus dans l'unité ! »

Pourtant, le lendemain, ces tensions qui tout au long de la journée de déménagement n'ont eu de cesse de se dévoiler au grand jour, se font étrangement silencieuses. Les derniers cartons ont été rangés, patients comme soignants paraissent progressivement trouver leurs repères... Finalement, c'est une ancienne chambre de malade, située au fond du service, qui tient lieu de nouvelle salle de pause. L'endroit est spacieux, les deux lits ont été supprimés et supplantés par la traditionnelle table qui semble avoir quitté pour toujours cette pièce que, désormais, occupe le surveillant. La chaîne stéréo ainsi que la cafetière ont pris place dans le coin de la pièce. Une perplexité contenue plane encore, des remarques murmurées se font entendre : « C'est quand même sombre... », « On dirait un caveau, ils nous ont enterrés ! »... On reproche au lieu sa configuration jugée pas assez pratique, son isolement : « Avant c'était mieux parce qu'on était pas trop loin de l'entrée et de la chambre d'isolement, des ASH aussi, maintenant on est tout au fond donc... on est séparés du reste du service... », ainsi que sa proximité trop immédiate avec les autres chambres de patients. En effet, seule une mince cloison le sépare de la chambre voisine : « Ils vont tout entendre, ce qu'on dit entre nous... Le plus grave, c'est qu'ils peuvent entendre le contenu des relèves et ça, ça pose problème... des problèmes de confidentialité... et puis il y a des choses qu'ils ne doivent pas entendre... » Odette, pourtant très irritée la veille,

¹⁸ Françoise Gonnet *L'hôpital en question*, Éditions Lamarre, 1992, p. 54

affiche désormais sa satisfaction : « Non mais on est bien là... moi j'aime bien ici... c'est plus intime, on va décorer un peu, mettre un autre éclairage et ça sera très bien... » Sophie, de son côté, nuance. Elle redoute que ce déménagement ne préside des transformations encore plus radicales : « Ils ont le projet au-delà de tout ça de créer un hôpital de jour... on va avoir trois départs et un remplacement à 80 %... » Elle voit en cela une menace pour les activités d'ateliers du service : « On sera moins nombreux donc forcément on aura moins de temps pour toutes ces activités annexes... J'ai l'impression de retourner dix ans en arrière... Tout ça, c'est révélateur, le fait que l'on nous case au fond du service... on nous écoute plus. Ils veulent qu'on soit dans l'actif, mais en psy, ça mène à rien... on est tous crevés, vous avez vu les gueules qu'on a ! Alors, moins de personnel, ça veut dire, moins de temps, plus de stress et moins de communication avec les patients... l'actif en psy, ça mène à rien... faut prendre son temps, sinon... »

Pourtant, malgré leurs apparentes divergences, les deux positions que tiennent Odette et Sophie traduisent la même volonté. Comme il nous a été ensuite précisé par un infirmier : « De toute façon, on a pas le choix, quoi qu'il se passe, il faut qu'on tienne, il faut que l'on reste cohérent... ». La « cohérence », souci commun qui fédère l'ensemble des personnels, qu'ils soient encadrants, techniques, administratifs, ou infirmiers et dont, au passage, le surveillant de l'unité a, tout au long de ces différents changements et conflits, eu la lourde et complexe tâche de prendre en charge tout en veillant à ce que chaque partie y trouve son intérêt. Que ce soit, pour Odette, par l'acceptation assumée de la nouvelle donne organisationnelle du service, ou, pour Sophie, par l'affirmation, *a contrario*, de ses inquiétudes et de ses attentes, dans les deux cas, ces positionnements connaissent la même justification : celui de l'unité du service et de l'équipe, qu'il s'agit de retrouver, coûte que coûte, afin de maintenir le processus de soin. « Le plus important, ce sont les patients, il faut les tenir hors de tout ça... » Préserver les malades, donc qui, eux, « n'y sont pour rien... », les tenir hors les conflits, hors les querelles afin de toujours présenter l'image d'une équipe soudée, indivisible, qui face à la dérive psychotique doit demeurer le seul et immuable repère.

L'ENTRETIEN DÉFINI

Entretiens et relèves

Cette cohésion qu'il s'agit de tant préserver, afin d'amorcer et de maintenir la globalité du processus de soin, ne prend sens qu'au travers de ces deux moments fondamentaux pour l'équipe que sont les entretiens médicaux et les relèves. Instants rituels, cycliques, invariables qui à eux seuls font entrer chacun des individus accueillis au sein du service dans le système de prise en charge thérapeutique. L'entretien médical a lieu au moins une fois par semaine, plus si le patient est un nouvel admis. Il se déroule en présence d'un médecin, d'un infirmier - le « référent » - qui aura pour tâche de suivre le patient tout au long de son hospitalisation, voire d'un infirmier stagiaire ou d'un interne. Parfois, l'assistante sociale du service peut elle aussi participer à l'entretien mais comme elle le précise : - « C'est très rare que j'y aille... Ça peut arriver pour un patient qui va sortir ou s'il projette des trucs sur moi... donc là, il faut en parler avec le médecin. Moi, je fais des entretiens plus sociaux en fait. Je trouve des solutions avec la personne pour son avenir... mais ce que je fais, ça entre aussi dans le soin, c'est pour cela que mes décisions doivent se prendre toujours avec l'équipe soignante pour ne pas mettre en péril son équilibre... »

Le plus souvent, l'entretien médical a lieu dans le bureau du médecin. Sa durée est très inégale et dépend de l'échange discursif qui s'instaure entre le patient et le thérapeute. L'infirmier intervient peu, et l'échange se restreint principalement à des séries de questions et de réponses. En ouverture, la même phrase-clef qui revient, sorte de sésame incantatoire autorisant l'ouverture du cercle communicationnel : « Alors, Monsieur X, comment allez-vous aujourd'hui ? » Puis divers sujets sont abordés : les angoisses rémanentes, l'importance des traitements, les perspectives d'avenir, le quotidien, les relations avec les autres malades, avec les proches... Le médecin insiste sur certains termes, invitent le patient à être plus explicite sur ses propos : - « Tout à l'heure Monsieur X, vous m'avez dit que votre maladie était - je vous cite - « une véritable maladie biscornue/crotte-de-bique »... je ne comprends pas bien, que voulez-vous dire par-là ? » La scansion du discours, sa construction sont écoutées, analysées. Y sont repérées les redites, les récursivités, les dérapages soudains : - « Vous me dites donc, Monsieur X, que vous avez l'impression de faire varier les saisons selon vos désirs ? Et c'est ce que vous ressentez,

là, en ce moment ? » Les brusques survenues délirantes sont aussitôt notées, les flux de paroles incontrôlées relevées... Un médecin : - « Notre démarche s'appuie sur la reformulation... On apprend aux patients à relativiser leur situation en faisant l'épreuve de leur maladie. On les aide à se distancier de leurs psychoses, à se montrer critiques vis-à-vis de l'ensemble de leurs sollicitations délirantes, pour qu'ils comprennent que ce n'est pas la réalité... » Dès lors, la moindre parole est décortiquée, expliquée plus qu'interprétée. Telle image est aussitôt ramenée à telle ou telle symptomatologie ou à tel ou tel dysfonctionnement pathologique. Une hésitation, un geste incontrôlé sont immédiatement pris en compte et objets de suppositions : le traitement est-il correctement dosé ? le neuroleptique employé est-il le bon ? Un tremblement intempestif de la jambe ou le tressaillement d'un muscle du visage sont décryptés comme résultants d'un dosage inadéquat : - « C'est normal, Monsieur X, que vous ayez ces tics au visage... c'est le traitement qui veut ça, je vais donc vous prescrire un autre médicament - un « correcteur » - qui, lui, atténuera ce problème. » Le patient est-il conscient de son présent ? Ses capacités cognitives et mnémoniques sont-elles intactes ? On l'invite à parler de son traitement, à nommer ses médicaments, à en expliciter les dosages et les effets :

Médecin : - « ... vous connaissez votre traitement, Jean ?

Jean [un homme de cinquante ans, alcoolique, hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide] : - Heu... ben... un peu...

Médecin : - Alors, allez-y expliquez-moi, je vous écoute !

Jean : - Ben... c'est que... je suis pas médecin, moi...

Médecin : - Moi, je suis médecin, mais c'est pas moi qui les prend ces médicaments !

[Jean tente alors, difficilement de décrire son traitement, il s'embrouille dans les noms, les dosages...]

Médecin : - Bon... Vous prenez un antidépresseur léger, le Stablon... S.T.A.B.L.O.N... et puis un neuroleptique qu'on utilise quand on a tendance à boire comme vous, Jean, le Tiarpridal... T.I.A.R.P.R.I.D.A.L... et des vitamines pour éviter des carences... Sinon, ça va, vous refusez un soutien psychologique à l'extérieur, n'est-ce pas ?

Jean : - Non... je vais bien dans ma tête...

Médecin : - Très bien, mais je me demande quand même comment on peut en arriver là, quand on va si bien dans sa tête ! »

Puis, le contenu de chacun de ces entretiens est ensuite consigné par écrit par le personnel infirmier. Ainsi, toutes les fluctuations

comportementales des patients admis sont conservées et archivées, et chacune des pièces de cet archivage participe ensuite au suivi ainsi qu'à la redéfinition permanente du cadre thérapeutique qui les entoure. Archivage au feuilletage multiple, aux ramifications étendues : dossiers infirmiers annotés, consultés, résumés dans le cahier infirmier à son tour lu et relu lors des relèves, à l'intérieur duquel est déposée la moindre trace de la vie *intra-muros* des patients (analyse sanguine, résumés d'entretiens, événements quotidiens ...), dossiers médicaux, précieusement rangés, une fois le patient sorti, dans les bureaux administratifs... Un recours systématique à l'écrit qui permet, *de facto*, de construire la personne en tant que cas-clinique, de transformer « le patient en document, sur quoi l'on pourra travailler »¹⁹. Tangibilité des dossiers de soin qui comme l'a écrit Frédéric Gros autorisent le regard et le commentaire distanciés : « Le privilège décisif de l'écrit, c'est sa franche matérialité. Feuille palpable, déclarations qu'on examine dans une sereine lecture, sans être troublé par l'urgence oppressante du délire ou l'éclat ambigu des voix »²⁰. Vies disjointes, segmentées, résumées par des séries de fichiers soigneusement classés, d'avis psychiatriques et médicaux, de dossiers d'hospitalisation où les états civils de l'entrant et de ses proches sont secrètement conservés ; vies qui, les unes après les autres, vont, tout d'abord, nourrir le processus de prise en charge, puis les arcanes de la mémoire de l'administration médicale. Écrits de l'archive donc, mais aussi écrits comme support de parole, objet de discours, rendant possible la mise en place et la construction de l'intervention soignante proprement dite.

La relève, à l'instar de l'entretien médical, participe aussi de cette construction. Elle se déroule toujours à huis clos, dans la salle de pause des infirmiers. Instant préservé, qui, comme nous l'avons précisé scande de façon régulière la journée. Seul peut y assister le personnel soignant ou directement impliqué dans le soin des patients : infirmiers, médecins, interne, aides-soignantes, assistante sociale, ergothérapeute ainsi que les divers stagiaires de passage dans l'équipe. L'équipe des ASH ne peut, elle, y prendre part : - « C'est normal, ils sont pas soignants... » Au moment de la relève, les portes se ferment, les patients présents dans la salle sont invités à sortir et si l'un d'entre eux se risque, à cet instant, dans la pièce, il est aussitôt fermement éconduit : - « Plus tard, Josette ! C'est la relève, vous voyez bien, donc revenez dans une demi-heure ! » Le principe reste invariable d'une relève à l'autre : un soignant se saisit du cahier infirmier où

¹⁹ Byron Good, *op. cité*, p. 175

²⁰ Frédéric Gros, *Création et folie - Une histoire du jugement psychiatrique*, PUF, 1997, p. 18

sont consignés quotidiennement les commentaires sur chacun des patients hospitalisés ainsi que les comptes-rendus de chacun de leurs entretiens médicaux. Puis, un à un sont énumérés les noms des malades... Les pages sont rapidement tournées si personne n'émet de remarque : - « Monsieur X ? Oh, hier, il était très fatigué, mais aujourd'hui ça va..., Monsieur Y ? Rien de particulier... », « R A S », « rien », « égal à lui-même »... tels sont les termes qui reviennent le plus souvent afin de décrire la stabilisation ou encore la stagnation qui, parfois, dans l'absence de discours qu'elles suscitent toutes deux, finissent par se mêler et se ressembler. « Rien à dire », le malade va « mieux »... Il se « maintient » dans un état indéterminé. Flou sémantique qui laisse flotter un doute : se maintient-il dans son « mieux » ou, au contraire, dans cette inertie qui le rattache au statut peu envié de « malade chronicisé » ? D'autres sont objets de commentaires plus fournis :

- « Il va mieux... ça rentre dans l'ordre petit à petit... il a un bon contact...

- Oui, c'est vrai... il va mieux... il a moins d'angoisse... il y a une bonne amélioration... »

- Bon... Mme G... alors, qu'est-ce qu'on peut dire sur Mme G ?...

- Ben... elle est un peu paumée... elle a peur de plein de choses... elle croit toujours qu'on va venir la chercher... qu'on va pas lui donner à manger...

- Elle, elle a un problème de démence, avec des tendances psychotiques et en plus elle est alcoolique !

De la même manière, le moindre détail comportemental ou relationnel est pris en compte. Ainsi, à propos de cette patiente anorexique :

- Mlle D ?

- Pas grand-chose... toujours pareil...

- Si ! Elle a pris 500 grammes !

- Note-le vite ! Qu'est-ce que t'attends ?!!

Moment de mise en commun, la relève permet à l'équipe d'attribuer collectivement une existence et une histoire à chacun des patients admis :

- M. C... alors lui, c'est compliqué... je m'en méfie, il est très violent.

- [le médecin prend la parole] Oui, mais il faut recontextualiser un peu son histoire à ce jeune homme... il a dix-huit ans, sa mère l'a eu à quatorze ans, et son père est le beau-frère de sa propre mère... Donc, avec une histoire comme ça, il n'est pas étonnant qu'il soit plutôt perturbé. Il est en

effet assez agressif, il commence à avoir des problèmes avec la justice, bien qu'il soit suivi par un éducateur spécialisé à l'extérieur.

- Tu parles d'une histoire... je comprends mieux maintenant...

Contrairement à l'entretien médical par définition plus restreint du fait du nombre limité d'acteurs qu'il met en jeu, la relève autorise la confrontation de point de vue divers. Chaque catégorie de soignants est appelée à s'exprimer et à énoncer son appréciation de tel ou tel malade, au regard de sa propre sphère d'activité. Ainsi, ce dialogue entre une infirmière et un médecin à propos d'une patiente psychotique, atteinte d'un délire mystique :

- « Mme D... ça va pas fort en ce moment, elle arrête pas de baver...

- [le médecin] Il faut augmenter les doses...

- Comment ? les augmenter ? ! ? vous allez quand même pas les augmenter ? !

- Ah bon, et pourquoi ne le ferais-je pas ?

- Mais elle bave, elle n'arrête pas... elle en a jusque dans les cheveux !!!

- Justement elle bave... c'est pour ça qu'il faut augmenter et passer à 300 mg par jour.

- [Cherchant un appui autour d'elle] Donc plus elle bave, plus on augmente les doses alors ??!

- [un rien ironique] Eh oui, c'est comme ça, avec ce type de médicament... s'il y en a trop ou pas assez, on bave...

Ou encore, cet échange à propos d'un patient atteint de démence :

- M. A... il est de plus en plus perdu... il comprend rien... mais rien à rien... il brasse... il fait du souk avec les lumières... au début, il le faisait... il arrêta pas de sonner et c'est en train de lui reprendre avec les boutons des lumières...

- [le médecin] C'est pas un cocktail médicamenteux qui lui ferait ça au moins ? Il est pas atteint d'une vasodilatation au moins... Bon, il faut régler ça au plus vite, ça peut être très grave... ce n'est pas qu'un problème de démence ou de sénilité, il y a peut-être autre chose derrière... Il faut donc lui faire faire un scanner au plus vite. »

Ainsi, au travers de ces deux exemples, le savoir médical peut aussi intervenir afin de réaffirmer parfois avec autorité le poids de son propre champ de connaissance. Que ce soit par l'intermédiaire d'une explication pharmacologique quant au dosage d'un neuroleptique ou celle d'un dysfonctionnement somatique, le médecin intervient et tranche. Cette intervention proscrit désormais toutes formes de contradictions et

l'expression de la moindre contestation risquerait alors de traduire une fronde déplacée de la part de son auteur. En tant que garant du diagnostic, donc de l'interprétation rationnelle des symptômes du malade, et de la prescription, le médecin peut à tout moment couper un débat qui s'éternise ou rétablir les critères d'une vérité thérapeutique qu'il juge mise à mal. Il peut aussi confronter l'équipe à sa propre responsabilité de soignants. Virginia : - « L'autre jour on discutait du cas d'un patient... un type sévèrement atteint... franchement psychopathe... violent, très dangereux, tout le monde s'en méfie... et là il avait encore tenté de nous agresser, il voulait tuer quelqu'un dans le service... on en pouvait plus... alors à la relève, on en a parlé au médecin en lui disant que c'était plus possible, qu'on en avait marre, qu'il nous faisait peur... qu'on voulait plus de lui, quoi ! Donc qu'il fallait envisager de l'envoyer dans un hôpital de force, vous voyez une structure mi-carcérale, mi-hospitalière. Et là, il a été clair... il nous a dit : « Bon, très bien, on l'envoie en hôpital de force, mais réfléchissez bien à votre choix... Si on l'envoie là-bas, il est foutu, sa vie entière est foutue en l'air... vous connaissez comme moi le type de soins prodigué dans ce genre de lieu... il finira complètement abruti de neuroleptiques surdosés et surveillé par des infirmiers qui ressemblent plus à des matons qu'à des soignants... Donc voilà... qu'est-ce qu'on fait maintenant ? Vous avez sa vie entre les mains... décidez ! » Et là, on était tous très mal... ça nous a calmés en fait... alors on a dit : « Bon... on va peut-être essayer de le mettre quelques jours en chambre d'isolement et puis on verra après si ça va mieux... » »

Dire la maladie : être et avoir

Lors de ces échanges et de ces dialogues, c'est tout un champ sémantique de la manière de dire la maladie qui se déploie. Métaphores et images se suivent et se répondent afin de signifier une altérité qui à tout moment déborde le discours lisse et poli du savoir médical. Tel patient est jugé « *dans* le contact » mais un contact « bizarre », d'être « *dans* la démonstration », à l'inverse un autre est jugé trop « *hors* cadre ». On reproche à Monsieur M d'être trop « *dans* la demande », à Madame A, du fait de ses hallucinations, de ne pas être assez « *dans* la relation ». Monsieur B est, de son côté, « *dans* la démonstration », Madame V « *dans* la séduction », Monsieur C « *dans* le donner-recevoir »... Métaphore d'un espace statique à l'intérieur duquel l'on cantonne le malade. Être dedans *ou* dehors, telle semble être l'obsédante question à laquelle tente de répondre

l'équipe soignante. Obsédante question qui prend toute son ampleur lorsqu'il s'agit d'interroger de façon générale la situation du patient... Est-il au final « dans » le soin ou « hors » de celui-ci ? Ultime argument qui peut soudainement éclipser tout espoir de guérison lorsque l'on prend conscience de l'extériorité radicale de celui qui, dans sa folie, se tient hors le soin : - « Mais elle en est où, Madame B ?? Elle est dans le soin ou non ?!!! Parce que si elle n'est pas dans le soin, les projets pour elle servent à rien ! C'est même inutile qu'on la garde ! » Limite définitive qu'il est dès lors résolument proscrit de franchir car se tenir « hors » le soin, c'est courir le risque de se couper à tout jamais du processus mis en place par l'équipe, c'est ainsi s'exposer aux dangers d'une impossibilité de retour à soi. « Monsieur Untel n'est pas ou n'est plus dans le soin »... Sentence rédhibitoire, par laquelle s'exprime le constat d'impuissance de soignants qui, de fait, reconnaissent la faillibilité éventuelle du processus qu'ils engagent. « Il ou elle n'est plus dans le soin, et ici s'arrête le champ de notre action », telle semble traduire l'inquiétude que sous-tend cette hantise de la métaphorisation spatiale, comme si à l'extériorité du patient étaient immédiatement accolées les notions de distance et de définitif. De la même manière, l'on redoute que tels ou tels malades « partent au quart de tour ». L'on se méfie ainsi de ces patients qui risquent de « partir », toujours dans la menace d'un « passage à l'acte », ces patients « limites », « sur le fil », dangereux comme des « bombes à retardement », patients habiles et rusés dont les comportements « toniques » ou « fluctuants » ne laissent rien présager de très bon... Métaphores du mouvement subreptice et menaçant, qui soudainement surgit et saisit celui qui n'en soupçonne pas les périls mais aussi images de l'artifice, de l'explosif qui, à tout moment, dans une déflagration incontrôlée, peuvent tout emporter sur leur passage. Artifice dans tous les sens du terme lorsque l'on reproche, dans ce prolongement, à un malade sa « facticité », son « ambivalence », l'artificialité d'un comportement lorsque son calme paraît trop évident et dissimule quelque chose qui fatalement « ne tourne pas très rond »... Métaphores mécanistes d'un corps détraqué, d'un organe irrémédiablement détérioré qu'il suffit de remplacer (« Elle, elle est vraiment trop atteinte, c'est un nouveau cerveau qu'il lui faudrait ! »). Cerveau-machine déréglé qui n'« imprime plus », qui, « déconnecté », produit un décalage irrémédiable avec le réel. Image enfin d'une folie énergétique qui, si « on inverse les phases », peut se retourner brutalement contre celui qui en est parcouru à son insu. Mais à l'inverse du précédent champ métaphorique du « dans » ou du « hors » soin, ici, la personne seule se voit renvoyée à la présence de sa propre pathologie,

présence envahissante qui la met à distance de ce que le cadre de soin implique comme normalité. Le comportement apparaît suspect, l'organisme se vrille, les actes deviennent menaçants, mais à aucun moment le processus de soin n'est remis en cause, ne perd sa raison d'être. Le sujet peut, certes, être au bord de l'« explosion », perdre une tête que la psychiatrie ne peut encore - hélas - remplacer, mais il n'en reste pas moins « dans » le soin, donc dans l'espoir toujours renouvelé d'une stabilisation de sa propre pathologie.

Cependant, cette assertion d'un patient qui se doit de rester « dans le soin » semble immédiatement redoublée par une autre qui, elle, postule sa présence continue « dans » la maladie. Revers d'une métaphore spatiale du pathologique à double tranchant : si l'on pose cette hypothèse, on ne peut être et demeurer dans le soin qu'à la condition d'être continûment dans la maladie. « Être malade »... Être sa maladie, tel est le passage ontologique que doit accepter de suivre le patient afin de pénétrer dans le processus de prise en charge proprement dit. Le malade se confronte ainsi aux reflets changeants d'un discours soignant où l'on compare la psychose à un dérèglement somatique, à l'image de ce que dit ce médecin : « Les gens doivent comprendre que la psychose, c'est comme un diabète... C'est une altération qui à l'image des soins généraux est prise en charge par l'hôpital psychiatrique... » *Avoir* une psychose comme on a un cancer ou un rhume... Être dans l'avoir donc dans une certaine distance à une pathologie que l'on détient et dont on peut malgré tout se séparer. Mais en même temps, pathologie qu'il s'agit d'« accepter » et de « reconnaître ». Dès lors, on reproche à certaines personnes de « ne pas accepter leur maladie », de ne pas admettre le fait d'« être malade ». Le passage de l'avoir à l'être se fait alors furtivement... On n'est plus atteint d'une psychose, on *est* psychotique, on est *dans* la maladie, dans un lieu qui à force d'occupation, finit par se confondre avec soi. Être de pathologie englobant, dans lequel la totalité de l'individu se dissout. Ainsi, tous les comportements du sujet sont ramenés à cet unique champ explicatif... « C'est la maladie qui fait ça... » ou encore c'est la maladie qui « veut » ça. Doutes, angoisses, délires, violences, souffrances... tout n'est plus qu'émanation d'une pathologie toute-puissante. Et afin de sortir de cet état de domination, on attend pourtant du patient qu'il se distancie de sa propre expérience pathologique, qu'il fasse « l'épreuve du réel » afin de prendre conscience des limites de sa propre expérience subjective de la maladie et de se réinscrire par-là dans un univers de sens partagé. Mais ce même détachement ne peut s'effectuer

qu'à la condition d'accepter les déterminations inhérentes à la pathologie. Ainsi, ce n'est qu'en reconnaissant le fait d'« être malade », que l'on pourra nourrir ensuite l'espoir de s'extraire d'une pathologie dans laquelle la totalité de l'individualité se dissout. Pourtant un paradoxe insurmontable pointe, paradoxe en forme de cercle vicieux faisant tourner en une boucle sans fin le raisonnement. On ne peut sortir du pathologique qu'à la condition de se reconnaître en tant que malade, et ce n'est que sur la base de cette reconnaissance que peut s'engager un projet de soin. Tout refus du patient de cette équation ne peut aboutir qu'à l'échec de la prise en charge... Or ce même refus ne peut s'expliquer que par le fait de la présence même de la maladie. « C'est la maladie qui veut ça ! » Ainsi, le raisonnement mis en œuvre est vertigineux : le patient refuse d'entrer dans les projets de soin du fait de son refus de la maladie, maladie qui a justement pour conséquence principale ce même refus : « Mlle V ? Elle refuse toute aide... elle *peut pas rentrer dans le soin parce qu'elle débloque plein pot !* Elle sait plus ce qu'elle veut... mais elle est pas consciente de ça, on peut pas trop intellectualiser avec elle... » ou encore, à propos d'une autre patiente pour laquelle tous les projets de réinsertion échouent : « On sait plus quoi faire pour elle... elle refuse tous les projets, parce qu'elle *refuse d'être malade*, elle est pas dans l'acceptation, elle veut pas se voir psychotique ! Alors que la clef, elle est là... elle peut pas y échapper... Donc on avance pas. Ce qu'il faut comprendre, c'est que *tant que les malades ne se comprennent pas en tant que malades, ils rechutent.* » Circularité d'une interprétation absolue où, comme l'écrit Ellen Corin, seul le texte psychiatrique fait sens, texte ne consistant plus qu'à « lire les attitudes et comportements étranges ou marginaux du patient en fonction de ce qu'ils traduisent d'une psychopathologie sous-jacente ou en fonction de leur degré de concordance avec les symptômes répertoriés dans la nosographie psychiatrique. Ainsi, le fait de lire les comportements de retrait ou de mise à distance d'un patient schizophrène en termes de « symptômes négatifs », renvoyant pour certains à une sous-catégorie de la schizophrénie, occulte toute possibilité de compréhension du sens de ces comportements par rapport à l'univers vécu du patient. »²¹ Empire du signe clos sur lui-même, où tout n'est qu'expressions pathologiques et hors duquel il devient difficile de s'arracher. Un médecin : « Pour l'instant, il faut l'admettre : on ne guérit pas de la psychose, on la soigne... on vit avec elle, mais on en guérit pas...

²¹ Ellen Corin, La construction du sens en psychiatrie. Repères anthropologiques pour une décentration, in Regards sur la folie - Investigations croisées des sciences de l'homme et de la société, sous la direction de Bernard Doray et Jean-Marc Rennes, L'Harmattan, 1993, p. 419

L'avenir d'un schizophrène n'ouvre certes pas les mêmes potentialités que pour quelqu'un d'autre, on reste schizophrène toute sa vie mais l'intensité peut varier selon les personnes... À terme, on en garde toujours une trace, une béance que rien ne peut combler... » Par conséquent, dans ce prolongement, la maladie mentale finit par se confondre avec la notion de handicap. Selon Jean-Pierre Olié et Christian Spadone, elle apparaît ainsi comme « un sort frappant définitivement certains individus, en les privant de leurs capacités : une affection psychotique peut apparaître comme une trace indélébile marquant l'individu jusqu'à l'heure de la mort. »²²

Le cadre

Dès lors, il s'agit pour l'équipe soignante, au quotidien, d'affirmer et réaffirmer encore la prégnance d'un encadrement qui, à lui seul, peut garantir au patient une « stabilisation ». « Accepter d'être malade » afin d'entrer « dans le soin », et trouver par-là un état intermédiaire, un terrain ferme existentiel où les débordements délirants et les explosions d'angoisse sont maîtrisés et maîtrisables. Ainsi, les épisodes d'excitation excessive ou au contraire de grand abattement d'une personne maniaco-dépressive devront être canalisés afin de trouver cet état intermédiaire, équilibre précaire entre deux états antagonistes d'une même souffrance. Et ce n'est que dans l'interstice de cet entre-deux, entre exaltation et anéantissement, que se situeraient les potentialités d'une vie « normalisée » pour le patient. Lui permettre de vivre un quotidien dans un état médiat et fragile où le risque d'une rechute, d'un réenchaînement pathologique reste pourtant omniprésent, tel semble être le souci constant qui habite chacun des acteurs du soin. Mais ce cheminement vers la stabilisation ne peut s'effectuer qu'à la condition d'une acceptation totale de la part du malade de la logique inhérente au service ainsi que du changement existentiel qu'il engage. Dans le cas contraire, on lui reproche une posture de « déni » du mal qui le frappe, ou d'« opposition » systématique au système de soin...

Ainsi, nous comprenons mieux le souci, sur lequel nous avons préalablement insisté, de contrôle du quotidien qui habite continûment les soignants. Comme nous l'avons vu, tout fait soin dans une unité psychiatrique, la moindre relation interindividuelle, la moindre interaction sont parties prenantes du système de soin, entrent « dans » le soin. Par

²² Jean-Pierre Olié et Christian Spadone, *op. cité*, p. 80

conséquent, la quête omniprésente de stabilisation est aussitôt doublée par un usage méthodique du contrôle de la vie de tous les jours. Les déplacements, les échanges communicationnels, les liens avec l'extérieur sont alors objets de toutes les attentions afin de saisir les inflexions que suit la pathologie d'une personne au moment de son hospitalisation et lors de sa réinscription dans la société globale. Mais ce souci de contrôle peut aussi se confronter à ses propres limites quand le patient en refuse frontalement les règles et les impositions. Témoin, cette scène entre deux infirmières et un jeune homme récemment hospitalisé.

- « Ce type, je le sens pas... on sait même pas s'il est psychotique ou non... il est violent - il a failli tuer quelqu'un dehors -, alcoolique, il a déjà eu des problèmes avec la justice... C'est un type bizarre... il faut le surveiller de plus près. »

[Le jeune homme entre. Il veut se servir du téléphone pour « appeler son éduc ». L'infirmière présente lui indique celui situé dans la salle de pause. Toute la conversation est alors audible par les personnes présentes dans la pièce.]

Patient : - « ... ouais... Lucy ? Salut, c'est moi... ça va... ouais... je sais pas quand je vais sortir... ouais, ils sont là derrière moi, donc... »

Infirmière 1 [chuchotant] : - Lui, il est pas net... il a pas appelé son éduc... faudra surveiller...

Infirmière 2 : - C'est vrai que son éduc, ça m'étonnerait qu'il s'appelle Lucy ! »

[Le patient raccroche et sort de la pièce. Mais le téléphone sonne à nouveau. Une des deux infirmières répond. L'appel est pour le même patient.]

Infirmière 2 : - « Je fais quoi ? je fais basculer dans le couloir ou pas ? »

Infirmière 1 : - Oui... et puis non ! Fais le basculer ici, parce que c'est douteux ! »

[Le téléphone sonne. L'infirmière décroche.]

Infirmière 1 [Le ton est sec] : - « Allô ! Mais vous êtes qui, au fait ? Ça fait trois fois que vous appelez aujourd'hui... Bon, je vous le passe mais c'est la dernière fois ? OK ? »

[Le patient prend le téléphone. Il parle principalement en arménien. Parfois quelques phrases en français fusent : - « S'ils sont normaux ??? Franchement, j'en sais rien ! J'peux pas te dire !!! » Puis, sa communication finie, il fait irruption au milieu de la pièce et s'en prend violemment à l'infirmière.]

- « Ho, mais vous êtes qui vous !! C'est vous qui avez parlé comme ça à ma famille ?! Cette personne, c'est ma sœur et franchement vous vous prenez pour qui ? Vous avez pas à l'agresser comme ça, OK ?

- Quel est votre problème, Monsieur ? Je n'ai pas agressé votre sœur, je lui ai indiqué simplement qu'il y avait des règles à suivre et que l'on est pas un standard ! Par contre, vous, je vous agresse vous, donc je vous demanderai de changer de ton. Ensuite, ici, vous êtes dans un hôpital, vous devez donc parler français, comme tout le monde ! Vous aviez des choses à cacher ?! Ici, il n'y a rien à cacher, donc dorénavant vous utiliserez le même langage que tout le monde ! Et maintenant, je vous demande de sortir. »

Dès lors, ce qui fuit peut soudainement faire violence, révéler une échappée bien présente mais qui reste inacceptable. Échappée d'une langue étrangère et qui, ici, tout à coup, rappelle aux soignants, que des choses peuvent se dire, sans pour autant être compréhensibles. Un échange communicationnel peut bel et bien avoir lieu, pourtant, malgré sa proximité et une oreille vigilante, il peut ne rien en émerger, et la transparence qu'exige en permanence la relation de soin se voit brutalement obscurcie.

Virginie : - « Certains patients jouent avec ça, ils essaient de nous remonter les uns contre les autres... entre soignants... Ils essaient de disloquer l'équipe, mais ça, c'est un truc qui vient de la psychose qui les mène à l'éclatement, à un éparpillement et... ils essaient de faire pareil avec nous. En fait, ils se livrent par petits bouts, ils en donnent un peu à l'un, un peu à l'autre et tout ça devient très manipulateur. »

Dès lors, la fragilité inhérente à la pathologie pourrait contaminer l'équipe de soin, qui n'est plus, à son tour, à l'abri de ce même « éclatement » qu'elle tente pourtant de contenir. Patient à l'image trouble et troublante : à la fois, être de manipulation qui en se montrant « par petits bouts » instille de la duplicité et de la ruse dans la relation, mais aussi être de maladie, dépassé par une psychose, qui du fait de sa nature même, le conduit à jouer un jeu dont il ne connaît plus les règles qu'à son insu. « C'est un truc qui vient de la psychose... », autrement dit, c'est encore la maladie qui « veut » ou « fait » ça, c'est encore elle qui injecte dans le lien à l'autre et au monde cette inquiétante dose de dissimulation et de subterfuge. Ainsi, cette dissension qui, un jour, a partagé l'équipe à propos de la ligne de conduite qu'il fallait adopter vis-à-vis d'un patient, placé en chambre d'isolement. Thomas D est un jeune psychotique de vingt ans, au comportement souvent violent. « Subsistant », il a été transféré dans le service à la suite d'attitudes que son service d'origine ne pouvait plus

tolérer : - « Ils en avaient marre... chez eux, ça faisait un mois qu'il était en chambre d'isolement. Ils l'avaient attaché et lui avaient laissé une main de libre, il se l'a cassée à force de taper contre la barre du lit et le mur. Et nous, on en hérite, merci du cadeau ! » Rapidement, l'équipe se sent menacée par Thomas, certains soignants sont agressés verbalement, d'autres physiquement : - « Ce type, c'est un danger potentiel. Tout à l'heure, il faillit me mettre un coup de tabouret ! » Cependant, les jours passent, et Thomas, l'irascible, le redouté, se présente, surtout vis-à-vis de l'équipe du soir, sous un abord plus apaisé presque adouci... On le fait sortir de sa chambre, il échange quelques mots avec les soignants, quelques plaisanteries... Il tente d'expliquer ses dérapages comportementaux, s'en excuse. Un soir, il est invité à s'asseoir fumer une cigarette dans la salle de pause des soignants : - « Je sais que j'assume pas... vous savez, c'est terrible ce que j'ai dans la tête... des fois, je contrôle plus rien... c'est plus fort que moi et le lendemain, je m'en veux... mais je peux rien y faire... et j'en ai marre... je souffre de ça... je veux m'en sortir... sinon je vais en crever... » Il parle de son enfance, de ses amis, de son quartier, de ses lectures... : - « Moi j'aime bien les bandes dessinées depuis que je suis gamin et là j'aimerais bien en relire parce que je tourne en rond dans ma tête... j'ai besoin de voir des gens... j'en ai marre de cette chambre où je suis tout seul... s'il vous plaît, laissez-moi prendre mon repas dans la salle avec les autres, et après, je retourne sans histoires dans ma chambre... » Les soignants se consultent... Les consignes des médecins sont rappelées et sont extrêmement claires : les sorties de Thomas doivent se limiter à trois par jour pour fumer une cigarette avec un infirmier sur le pas de la porte de sa chambre, aucune prise de repas au réfectoire n'est pour l'instant indiquée. Un infirmier : - « Ouais mais bon... on peut tenter le coup... ça lui changerait les idées en même temps... il a l'air plus calme... » La décision est finalement prise, et Thomas prend son repas avec les autres patients. Aucun incident ne se produit. On lui permet même une petite promenade dans le couloir du service. Après avoir fumé une cigarette, il est reconduit dans sa chambre. Mais le lendemain, les soignants de l'équipe du soir vont se voir sévèrement rappelés à l'ordre par ceux de l'équipe du matin, au moment de la relève de 14 heures 30 : - « Ce n'est pas possible que vous agissiez comme ça ! C'est n'importe quoi ! Vous n'avez pas à agir comme ça dans votre coin avec Monsieur D ! À midi, quand on est venu lui apporter sa bouffe dans la chambre, il nous a viré le plateau dans la gueule en nous disant que hier soir, il avait pris son repas au réfectoire ! Or les consignes sont claires ! Ses repas, il doit les prendre dans la chambre et pas ailleurs !

Donc si on se met tous à faire ce qu'on veut dans notre coin, on va plus s'en sortir ! » Est ensuite évoqué le « lien » de l'équipe de soin que certains soignants voient maintenant mis en péril : - « Avec ce genre de malade, il faut qu'on soit cohérent sinon on va se planter ! » Dès lors, à l'attitude ambivalente de Thomas D, opposant mutisme et agressivité vis-à-vis de certains soignants et calme et introspection vis-à-vis d'autres, sont objectés, par l'équipe, deux modes de relations : d'un côté, la fermeté et la rigueur de consignes qu'il s'agit d'appliquer « à la lettre », de l'autre, la conciliation et une lecture plus souple de ces mêmes consignes selon la situation. Tensions de deux postures antagonistes qui vont par ailleurs resurgir dans la manière même de nommer le patient : aux tenants d'une distanciation nécessaire, un « Monsieur D » de circonstance, aux partisans d'un rapprochement prudent, un « Thomas » de familiarité. « Monsieur D » et « Thomas », deux manières de nommer la même personne, deux manières d'exprimer implicitement cet « éclatement » tant redouté que pourrait susciter l'état de psychose au sein du fragile lien de soin que tente de conserver l'équipe. Ainsi, lorsque Thomas D, après près de trois semaines de « subsistance », finit par rejoindre son service d'origine, s'est, de façon généralisée, le sentiment de soulagement qui a prédominé au sein du service : - « Un cas comme ça, ça peut te faire exploser une équipe vite fait, donc c'est pas plus mal, qu'il est rejoint son service ! » Un médecin confirme : - « Vous savez les relations dans un service oscillent entre différents pôles qui ont tous leur importance : médecins, infirmiers, soignants... et chacun de ces pôles entretient des relations avec lui-même ainsi qu'avec les autres. Et il faut trouver une alchimie pour que tout ça tienne ensemble, tout peut être remis en question en peu de temps, le travail de dix ans peut être écroulé en une matinée... il suffit d'un mot, d'une mésentente pour que tout s'écroule... et la reconstruction est parfois impossible. »

Et de ce pôle relationnel que décrit ce médecin, les ASH demeurent les grands oubliés... Situés dans une pièce un peu à l'écart du service, ne pouvant participer au travail soignant proprement dit, ils n'en restent pas moins des éléments essentiels de la trame relationnelle avec les patients : - « C'est vrai que nous on soigne pas... mais il y a un truc que les soignants n'ont pas vraiment vu... c'est qu'avec nous, les patients ont d'autres relations... et justement parce que nous, nous ne les soignons pas. Ils viennent des fois nous voir, pour nous demander des trucs tout bêtes, ou pour nous parler de choses du quotidien qu'ils n'iront pas dire aux soignants. Et ça, c'est important, les malades vont nous dire des choses à

nous, qu'ils n'iront jamais dire aux infirmiers et aux médecins... » Personne n'échappe par conséquent à un enjeu relationnel qui parfois peut déborder largement la stricte relation de soin. Car si tout fait soin, si chaque interaction entre dans le processus de soin, une pluralité de relations se déploie aussi hors-cadre, en dehors du champ interindividuel que tente de délimiter les soignants. Des échanges se créent entre des professionnels du service, qui, à proprement parler, ne ressortent pas directement du métier soignant, des liens se tissent entre des patients, des couples se forment, des amitiés naissent. Des réseaux d'entraides et de solidarités se consolident lorsque tel malade propose à tel autre de l'héberger pour le week-end lors de sa permission de sortie, des conflits se produisent entre soignants, entre patients, ainsi qu'entre soignants et malades. Des groupes se constituent avec leurs leaders, leurs meneurs, à l'image de ces « relations communes d'appartenance » (*category relations*) dont parle Erving Goffman²³, tels ces patients noirs, amateurs de hip-hop, partageant quotidiennement leurs repas... Bref, de la parole ne cesse de circuler, du discours se construit, des objets tels des cigarettes ou de la nourriture s'échangent, se troquent,... une circulation sans fin des mots et des choses s'opère...

Les trafics de la langue

Un processus permanent de communication traverse ainsi le service. *Communication*, dans le sens étymologique que rappelle Franca Madioni²⁴, en l'occurrence procès de langue, de *logos*, impulsant une perpétuelle *mise en commun* du langage. Un monde de sens qui peut aussi se voir bousculé par les débordements délirants ou bloqué par les brusques survenues d'angoisses mais qui n'a de cesse de se construire et de se redéfinir. Malgré les parasitages schizophasiques, les replis aphones autistiques ou les effusions incontrôlables d'un langage dévié, arraché du sillon de la normalité interactionnelle, il s'agit, encore et toujours, pour tous ces individus confrontés à ce que la folie peut impliquer d'indicible et d'incompréhensible de renouer les fils d'un dialogue souvent menacé. Ainsi, pour les soignants, d'un côté, s'impose la nécessité de ne jamais accepter la fatalité du repli et de l'incommunicable. Un lien doit toujours être trouvé ou retrouvé, y compris avec les patients semblant *a priori* totalement coupés du monde commun. Un lien de sens, qui, à lui seul, demeure garant d'une sociabilité dont on ne peut accepter l'irréversible disparition. Une sorte de

²³ Erving Goffman, *op. cité*, pp. 331-332

²⁴ Franca Madioni, *op. cité*, p. 128

« traitement moral » se voit ainsi réinventé, facilité aussi par l'usage des neuroleptiques, et qui, de la même manière, postule la toujours possible réinvention d'une relation avec celui que l'on croit définitivement coupé de la raison²⁵. Quant aux patients, pris dans un cadre de soin qui peut parfois les étouffer, il s'agit de trouver, auprès des soignants, les marges et les limites de leur propre possibilité d'agir.

Par conséquent, les relations communicationnelles et discursives entre soignants et patients se voient le plus souvent redoublées par une dimension pragmatique indéniable. Si tel malade s'adresse à tel infirmier, à tel ASH ou à tel médecin, plutôt qu'à tel autre, c'est aussi en connaissance de cause, c'est aussi parce qu'il sait qu'à ce moment précis, tel ou tel acteur du service pourra ou non répondre à ses attentes. Ainsi, ce malade interpellant le médecin-chef du service :

- « Docteur, je peux vous voir, vous ?
- Mais vous avez déjà vu le docteur C, il vous suit, me semble-t-il ?
- Oui... mais vous... *vous êtes plus...* c'est différent...
- Bon... je verrai avec le docteur C pour participer à un de vos entretiens...
- Oui, parce que c'est pour mes sorties... si je vois lui et pas vous, ça va rien changer ? il me les accordera quand même...

Ou encore, cette scène confrontant le même médecin-chef à un patient psychotique très irrité :

- « Écoutez, docteur, il faut que je vous parle...
- Que se passe-t-il, Monsieur M ?
- Je ne veux plus rester dans ce service, j'en ai marre...
- Tiens ? et pourquoi donc ?
- Parce qu'ici, il y a que des vieux, des gens trop vieux... j'ai rien à leur dire, ils m'ennuient ces vieux fous...
- Écoutez, je ne vois pas pourquoi je vous changerai de service pour l'instant, vous n'avez qu'à en parler à votre médecin-référent, le docteur B...
- Non ! Parce que lui il peut pas décider, c'est vous seul qui pouvez le faire, donc je vous le demande parce que je n'en peux plus !
- Il n'en est pas question pour l'instant Monsieur M, donc s'il y a un problème parlez-en au docteur B...

²⁵ Sur ce point, se référer au décisif ouvrage de Marcel Gauchet et Gladys Swain La pratique de l'esprit humain, Gallimard, 1980

[S'emportant] - Je vais vous dire un truc, docteur... vous, vous n'y comprenez rien, vous n'êtes pas comme votre collègue le docteur B et vous savez pourquoi ? Parce que vous, vous êtes un *médecin-chef*, vous êtes là-haut et vous refusez de nous comprendre nous qui sommes là... en bas... alors que Monsieur Y, *lui*, il est pas comme vous, *c'est un docteur* et c'est différent parce que lui il sait écouter, il sait nous comprendre...

Au travers de ces deux exemples, chacun de ces patients va, à sa manière, convoquer deux individualités mais aussi deux statuts qui, dans le cas de Monsieur M, vont être clairement identifiés et opposés. Le « docteur B » que l'on distingue du « médecin-chef », être de pouvoir dans lequel réside la solution de toutes les attentes, mais qui, du fait même de la position qu'il occupe, selon ce malade, ne peut se situer que dans les sphères éloignées de son quotidien. Être de décision et de verdict qu'il est nécessaire de convaincre, de ramener à soi, mais que l'on distancie, en même temps, de sa propre réalité vécue. Un « Médecin-chef » qui ne peut être que « là-haut », au pinacle de la structure décisionnelle, et qu'il s'agit de clairement distinguer de ce simple « docteur », au statut plus humble donc nécessairement plus apte à comprendre les souffrances de ceux qu'il côtoie. Dès lors, une complexe stratégie discursive est mise en place par Monsieur M. Le but ultime de son intervention est de convaincre le médecin. Et cette tentative va alors emprunter différentes visées performatives, au sens où John Langshaw Austin les entend, dont le but est de produire des effets sur l'interlocuteur qu'elles prennent en compte²⁶. Plusieurs registres d'interpellation sont alors mobilisés à tour de rôle : la demande circonstanciée, la menace puis le chantage... mais tous répondent à la même attente, au même but perlocutoire : obtenir la satisfaction d'une attente que Monsieur M, dans ces circonstances précises, jugeait intenable.

L'exemple suivant apporte encore un autre éclairage sur ce lien pragmatique à l'œuvre dans les relations discursives entre soignant et patients. Il met en scène deux protagonistes, un médecin et un patient schizophrène d'une trentaine d'année Monsieur H, lors d'un entretien médical. Divers sujets sont abordés : le malade se plaint de problèmes somatiques, d'une douleur persistante à l'estomac, de son manque d'activité dans le service, de son souhait de pouvoir obtenir rapidement une permission de sortie... Le médecin se montre prudent... Il sait que ce patient peut être victime d'hallucinations très violentes :

²⁶ John Langshaw Austin, Quand dire, c'est faire, Seuil, 1970

Médecin : - « ... et le laser, il en est où, Monsieur H ?

M. H : - Le laser, ouais, ça va maintenant... c'est fini ça... mais en même temps c'était pas pareil que quand j'étais jeune... quand j'entendais des voix dans les radiateurs... et puis c'était comme les vaches dans le ciel ! [il s'adresse à nous] vous étiez au courant de cette histoire ? [nous le regardons interrogateurs]... nan mais c'est bon je sais que vous êtes pas fou, je vais pas vous piéger !!!... y'avait plein de gens qui ont vu des vaches dans le ciel...

[interrogateur] Médecin : - Ah bon ?! des vaches dans le ciel !
Pouvez-vous me parler de ces vaches, Monsieur H ?

M. H : - Oui... vous savez quand il y a des nuages dans le ciel et qu'on voit des trucs, des formes... des machins...

Médecin : - Oui, mais là, M. H, on sait que c'est pas vrai, que c'est quelque chose qu'on crée, qu'on imagine, alors que les voix dans le radiateur, le laser, ça, ça vous paraissait réel à l'époque.

M. H : - Ouais... c'est vrai que les voix... je sais... j'étais sûr que c'était n'importe quoi... mais le laser, c'était différent... franchement, je vous jure, docteur, c'était pas des conneries... il partait comme ça, pfffft... sur le côté... ça a commencé pile le jour où il y a eu l'éclipse de lune, et quand j'embrassais ma copine... elle aussi... elle avait la même lumière qui partait et qui se mélangeait... j'suis allé voir un opticien et il m'a dit qu'y'avait rien... rien du tout...

Médecin : - C'est normal... c'était une hallucination, comme les voix... et la bête que vous aviez dans le ventre, elle en est où ?

M. H : - Naaan... la bête... c'est fini... c'est bon... mais c'est quand je mange de la moutarde, le soir... j'ai mal à l'estomac... ça monte... ça redescend... comme ça [il montre son estomac]... mais c'est pas comme la bête... [sourire]

[intrigué] Médecin : - Pas comme la bête ? dans votre ventre ? donc elle est encore là, cette bête, M. H ?

M. H : - ... non, non la bête c'est fini... vous avez eu peur, hein ?!!! [il se tourne vers nous] vous avez vu j'ai failli l'avoir... [tapant du plat de la main sur le bureau du médecin] bon, alors, docteur, c'est quand que je sors ? »

Au travers de cet échange, un jeu relationnel troublant s'établit entre deux mondes de sens, qui, chacun selon sa propre logique, tente de produire un effet sur l'autre. Le médecin, d'un côté, qui dans les termes rationnels de son savoir et par l'enjeu relationnel et interactionnel qui le lie à ce patient, tente de traduire ce qui lui est dit afin de déceler la présence plus ou moins

marquée de la pathologie... En se livrant à un véritable jeu de décryptage où les symptômes deviennent les traces indicielles, au sens de Charles Sanders Peirce, d'une réalité pathologique objective, il s'efforce de donner une réponse à ces questions : y a-t-il ou y a-t-il eu effectivement hallucinations ? Qu'en est-il de ces idées obsessionnelles qui auparavant parasitaient totalement le comportement de ce patient ? Le traitement mis en œuvre est-il le bon ? La posologie est-elle adéquate ? Et c'est justement par ce que lui dit M. H, par la parole qu'il construit et par l'échange qui en résulte que le médecin peut ainsi se livrer à un exercice de décodage, où au travers de ce qui se dit mais aussi par l'observation de ce qui se fait (les gestes, les regards, ces comportements qui vont traduire un « apaisement » ou au contraire une « agitation »...) qu'il peut se prononcer sur l'état de M. H et par-là décider de son aptitude à sortir ou non du service pour le week-end. Et de l'autre côté, au sens littéral du terme, puisque lors des entretiens médicaux auxquels nous avons pu assister, il y a toujours un bureau, une frontière tangible entre médecin et patient, il y a M. H, qui lui joue, dans ce temps commun de l'échange, un jeu extrêmement complexe. Il se sait face au médecin, dans ce contexte particulier et évaluatif de l'entretien médical. Des observateurs sont de plus présents : un infirmier référent et nous-mêmes. Et dans l'attente de cette autorisation de sortie, ce patient entre alors dans un échange discursif sinueux où tour à tour il se place dans la situation du malade encore envahi par la pathologie ou au contraire dans celle d'un sujet distancié, parlant objectivement de ses symptômes... Quitte à prendre les observateurs à témoin ou à adopter une attitude ironique qui, soudainement, brouille les distances entre lui et ce qui représente le monde de la normalité, le médecin et les observateurs... D'une certaine manière, M. H et le médecin se situent tous deux face à face dans une relation et un contexte où l'un et l'autre se voient assignés à une place déterminée : le médecin garant du soin d'un côté et de l'autre le patient fragile qu'il s'agit d'encadrer, mais qui aspire à satisfaire cette demande qu'il sait dépendante de son interlocuteur... Et par ces glissements ironiques, ces torsions discursives subreptices, le patient montre justement à quel point il se sait occupant la place qu'il occupe, quitte à montrer un certain détachement moqueur vis-à-vis des protagonistes présents et plus particulièrement vis-à-vis de l'autorité du médecin... « Vous me savez fous, ils me savent fous, je me sais fous, et s'il me vient à l'idée de dire exactement ce que vous semblez attendre de moi, docteur, que se passe-t-il alors ? » telle semble l'interrogation subtile que lance M. X à son médecin. Comme si le fait d'être capable et surtout de se montrer capable d'endosser successivement

le rôle du patient distancié et celui du fou rompait toutes possibilités de certitudes pour les soignants. Dès lors, la question que lance M. X peut se formuler ainsi : « Si je me montre conscient du fait que je peux, si je le désire, jouer le rôle que vous voulez m'assigner, où se situe dès lors la frontière entre vous et moi ? Où se situent les limites rassurantes de votre rationalité ? »

Dans une certaine mesure, la relation qu'établit le psychiatre avec la parole du patient peut être rapprochée de celle que le chirurgien établit avec le corps du malade qu'il opère. Ainsi, comme le montre Marie-Christine Pouchelle, une hiérarchie professionnelle se crée, en soins généraux, du fait même de cette proximité plus ou moins marquée à ce qu'elle nomme la « brèche anatomique »²⁷. Dans ce jeu de distance relative, seul le chirurgien détient le pouvoir d'agir sur - pourrait-on dire *dans* - l'intériorité du patient. De la même manière, c'est au psychiatre que revient la possibilité de diagnostic et de prescription du fait même de cette relation de décryptage objectivant qu'il entretient avec ceux qu'il soigne, relation qui le conduit à creuser toujours un peu plus profond dans ce que le patient accepte de lui dire, qui le conduit à déborder la surface du discours afin d'en percer les mécanismes sous-jacents²⁸... Quant aux soignants, c'est à un autre type de relation complémentaire qu'ils ont affaire : celle du quotidien, où, en permanence, les indications et les consignes médicales doivent être appliquées. Mais il s'agit moins d'une hiérarchie clairement délimitée, avec ce qu'elle recèle comme répartition de pouvoir parfaitement circonscrit, que d'une différenciation de positionnement à l'endroit du malade. Certes, les infirmiers ne possèdent pas le droit de prescription qui reste uniquement un droit médical. Cependant, leur avis ou leur opinion peuvent, à tout moment, servir de référence lorsqu'une décision de traitement doit être prise par un médecin ou lorsqu'une solution doit être trouvée lorsque tel ou tel patient « pose problème ». L'expérience du quotidien complète alors celle, clinique, de la décision médicale...

Débordements

²⁷ Marie-Christine Pouchelle, *Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme*, in *Gestions religieuses de la santé*, sous la direction de François Lautman et Jacques Maître, L'Harmattan, 1995, p. 267

²⁸ Il est, par ailleurs, frappant de voir à quel point le discours psychiatrique s'inscrit dans le prolongement d'une métaphore du vide, de la brèche ou de la cassure. Ainsi, comme il a été vu, le médecin du service parle de « béance » à propos des séquelles que laisse une maladie mentale. De même que dire du sens littéral de « schizophrénie » qui, dans ce prolongement, présente une âme - « phrên » - littéralement fendue, coupée en deux - « skhizein » -.

Pourtant, il arrive parfois que cette même relation dialogique que tente d'établir l'ensemble des soignants avec les malades soit soudainement parasitée par les débordements de la folie, qui tout à coup, selon l'expression d'Antoine Compagnon, « déglingue » le langage et met en souffrance la relation d'interlocution tout entière²⁹. Ainsi cette scène dont nous avons été les témoins montre à quel point le souci de dialogue peut se heurter aux limites de ce qui l'autorise. Un jour, alors que nous étions en salle de soin avec un médecin psychiatre, un patient assez âgé entre. La veille, sa famille en visite lui avait apporté des bonbons et une patiente, elle aussi relativement âgée, atteinte d'une psychose chronique, lui a volé le matin même lesdits bonbons. Le patient, très angoissé, interpelle alors le médecin et lui explique, non sans une certaine fébrilité, qu'on lui a donc dérobé ses bonbons. Le médecin lui demande s'il connaît les voleurs présumés et le patient est formel :

- « Des petites filles ! Vous savez bien ce sont ces deux petites filles qui font le ménage et je les ai bien vues.

Le médecin : - Mais il n'y a pas d'enfants dans ce service ! Quel âge elles ont ces petites filles ?

- Oh, je ne sais pas, elles ont huit ou dix ans... »

Le médecin comprend alors que le patient qu'il a en face de lui délire, qu'il n'est plus « en phase avec la réalité ». Il essaie de nouveau de le « recadrer » en lui réexpliquant qu'il n'y a pas d'enfants dans ce service de psychiatrie mais rien n'y fait, le patient semble même être de plus en plus angoissé par ce que lui dit le psychiatre puisque lui, de toute façon, a vu ces petites filles. Face à l'inquiétude croissante du malade qui commence à s'agiter, le médecin se voit finalement contraint de rentrer dans ce jeu troublé de l'interlocution et, finit par reconnaître, à demi mots, l'existence de ces petites filles chimériques... Oui, en effet, il y a des petites filles dans ce service ; oui, inutile de le cacher plus longtemps, ce sont bien elles qui ont volé les bonbons mais tout est rentré dans l'ordre puisqu'elles viennent d'être mises à la porte ! Mais le patient ne peut pas se contenter de cette justification, puisque dans un ultime excès de démence, il vient à nouveau de les voir, là dans les couloirs du service ! Le médecin, désarmé, ne sachant plus que faire et que dire, obligé de reconnaître son impuissance face aux effusions délirantes se résout à mettre définitivement fin à l'entrevue, et reconduit le patient tout en lui affirmant que tout va rentrer dans l'ordre, qu'il n'a plus de raison de s'inquiéter.

²⁹ Antoine Compagnon, *Psychose et sophistique*, in *Folle vérité - vérité et vraisemblance du texte psychotique*, sous la direction de Julia Kristeva, Seuil, 1979, P. 171

En tant que témoins de cette scène, nous avons eu, dans un premier temps, le sentiment de nous trouver confrontés à l'expression d'une parole folle, d'une parole comme livrée à elle-même, ne se construisant que dans les termes d'une logique propre qu'elle paraissait susciter dans l'acte même de son énonciation. Pourtant, il n'y avait rien de « fou » dans cette parole. Rien dans sa forme ne laissait surnager une quelconque « déglingue »... Sémantiquement, elle avait un sens parfaitement compréhensible : les petites filles, le vol, la punition, etc. ; syntaxiquement, elle était juste, formulée correctement selon les règles grammaticales couramment admises, et pourtant ça n'allait pas, ça dénotait... ça dénotait dans le sens ou ça ne rentrait plus dans le contexte présent et partagé par l'ensemble des protagonistes de la scène, le cadre de l'interlocution était débordé, envahi par un sens qu'il devenait impossible de contrôler... Il y avait trop d'insistance, de réitération, de rappels obstinés des mêmes faits et des mêmes attentes et cela malgré l'intervention répétée de la parole du médecin, parole rationnelle se voulant représentation et caution du réel, des faits et par-là de la vérité. Et, ici, les faits se montrent particulièrement résistants... les bonbons avaient effectivement disparu, mais la distorsion des petites filles voleuses infligée à la réalité factuelle est plus forte que le reste : plus forte que le médecin, plus forte que les soignants, plus forte que nous-mêmes, si bien, qu'indépendamment de la présence de ces acteurs sur la même scène - soignants, médecins et... ethnologues - acteurs consensuellement en accord pour affirmer qu'il n'y a *de toute façon* pas de petites filles dans le service, il faut, pour ce patient, quitte à le répéter à l'infini, malgré tout, retrouver ces petites filles afin que justice soit rendue. Et point d'apaisement possible hors de cette quête sans fin.

Dès lors, impossible de nier l'existence effective de cette interpellation. Ce malade attend réparation, attend du médecin qu'il « fasse son travail », qu'il mette en œuvre immédiatement les effets d'une autorité autant réparatrice que salvatrice. Mais le dialogue est voué irrémédiablement à un échec inévitable, puisque les deux mondes de sens ne coïncident plus, ne parviennent plus à trouver des terrains communs d'entente. Discours de fiction incontrôlé d'un côté, qui, comme l'écrit Silla Consoli, « décharge le récit de l'obligation de comporter une référence vérifiable empiriquement par un tiers-témoin »³⁰, discours d'adéquation au

³⁰ Silla Consoli, *Le discours psychotique*, sous la direction de Julia Kristeva, *op. cit.*, p. 44

réel de l'autre, qui, indubitablement, *dit* expressément comment les choses *sont* et *doivent* être. Mais que faire quand cette même référence empirique disparaît à son tour ? Que faire quand il s'agit de croire le patient *sur parole*, lorsque lui et lui seul est témoin des faits énoncés ? Ainsi, cette patiente qui, rentrant de permission de week-end, alerte l'équipe : des amis de son fils l'auraient violée, le samedi, dans son appartement. Les questions se bousculent. La patiente est catégorique, mais, choquée, elle n'a pu porter plainte et se refuse à revenir sur le déroulement des faits : - « C'est trop horrible ce qu'ils m'ont fait, je ne veux plus en parler... » En même temps, cette malade est connue pour ses délires mystiques et de persécutions érotiques. De fait, que penser de ce drame ? Le viol est-il avéré auquel cas une procédure judiciaire doit être mise en œuvre ? Ou n'est-il que le pur produit d'une imagination délirante ? Impossible de trancher et cela malgré l'urgence d'une situation qui nécessite des prises de décisions rapides... Une infirmière : - « On est sûrs de rien pour l'instant, mais il faut tout de même qu'on agisse parce que *si c'est vrai*, on peut pas se permettre d'attendre... » Dès lors, malgré l'éclatement d'une parole brouillée par l'émotion et l'angoisse, il faut accepter la *vraisemblance* de ce qui est dit. Mais les critères d'exactitude et de vérité ne suffisent plus, les principes de non-contradiction, d'identité et de tiers exclu inhérents à l'énoncé rationnel, qui font qu'un discours « se tient bien »³¹ et suit une logique cursive, s'effondrent d'eux-mêmes, la parole de la malade devenant l'unique caution, l'unique témoin du déroulement des faits. Il s'agit désormais de déplacer le cadre, de quitter l'univers du soin pour se confronter à celui de la Loi, afin qu'un autre type d'autorité, autre que médical ou soignant, entre en scène et puisse mettre à jour l'authenticité de ce qui, à cet instant, ne ressort que du domaine du possible : - « On est allés au commissariat, mais... bon... les flics, ils ont rien compris... Imaginez quelqu'un qui est quand même gravement malade faire une déposition... ce que ça peut lui demander de revenir sur des actes comme ça... et elle voulait pas en parler ! La seule chose qu'elle leur disait, c'était qu'il fallait qu'il note bien qu'ils lui avaient volé sa statue de Sainte-Vierge en plâtre ! Vous auriez vu la tête des mecs ! Ils n'y comprenaient plus rien... » Dès lors, même la présence d'un tiers témoin, censé faire Loi, peut de la même manière se confronter aux limites de son propre champ d'action. Encore et toujours, l'absence de cursivité de ce qui se dit - pourrait-on dire sa *dis-cursivité* - , sa difficulté à se référer au factuel, à l'avéré du monde phénoménal, produit un malaise, révèle la

³¹ Introduction de David F. Allen au livre de François Klein, *Une folie psychiatrique*, Les empêcheurs de penser en rond, 1998

difficulté d'appréhender et de reconnaître l'autre, cet autre de langage qui peut aussi nous échapper.

Frictions et tensions

Et lorsque le langage ne suffit plus à ramener ce qui échappe à la raison, lorsque les cadres du dialogue cèdent sous le poids de la dérive délirante, ce sont les corps qui, à leur tour, peuvent devenir moyens de coercition...

- « On m'appelle dans un autre service, pour un renfort... Ça vous dit de venir voir comment ça se passe ? »

Telle est la proposition que nous a faite Luc, un matin, lors des premiers jours de notre observation. Nous acceptons et décidons de le suivre...

- « Apparemment, ils ont des problèmes avec une patiente qui veut pas rentrer dans sa chambre d'isolement, donc on va bien voir... »

Après un dédale de couloirs glacés et une série de portes fermées à clés, nous arrivons dans un service. Des portes de chambres sont ouvertes sur la droite et, sur la gauche, de larges vitres donnent sur une cour extérieure. Nous rejoignons deux soignants, un infirmier et une infirmière. Une jeune fille, âgée d'une vingtaine d'année, se tient face à eux. Elle est silencieuse, les deux mains dans le dos, agrippée à une barre de soutien qui court le long du mur. Elle nous suit du regard, terrifiée... Luc salut ses collègues, nous présente :

- « Ce sont deux ethnologues, ils font une recherche sur le service... Ils peuvent rester, il n'y a pas de problème, tout le monde est au courant... »

Nous nous saluons, échangeons quelques mots... puis les soignants se tournent vers la jeune fille :

- « Allez maintenant c'est l'heure de rentrer... [en aparté à Luc]... bon, elle veut pas rentrer, elle est terrorisée, elle croit qu'on veut la tuer... »

Les soignants tentent de s'approcher, ils lui parlent, essaient de la rassurer mais, à mesure de leur avancée, les yeux de la malade s'emplissent d'une terreur indicible. Elle se replie, craintive, se cramponne à la barre, au radiateur fixé au mur... Luc nous fait signe de rester en retrait. Les infirmiers la saisissent, deux autres soignants arrivent en renfort. Mais rien n'y fait. Ils tentent alors de détacher chacun de ses doigts qui semblent comme soudés au métal auquel elle se retient.

- « Allez maintenant, ça suffit ! Suivez-nous ! Vous nous faisiez confiance tout à l'heure ! Alors qu'est-ce qui vous arrive maintenant ??? »

La patiente se débat de plus belle, pousse des hurlements, tout son corps se tend afin d'échapper à la solide tenue des infirmiers... On la traîne jusque dans la chambre d'isolement, on la couche mais elle refuse d'être piquée. L'infirmière, munie de la seringue, reçoit un coup de pied.

- « Elle est persuadée qu'on veut lui injecter un poison violent donc... sa réaction est compréhensible ! »

Les infirmiers tentent de la maintenir sur le lit, mais de nouveau à la vue de la seringue, elle hurle de terreur, se cabre et manque de chuter au sol. Les soignants la rattrapent, l'agrippe, l'injection finit par être faite... La malade gémit, s'agite, puis, comme pour apporter un saisissant contraste avec les instants précédents, se détend... Son corps n'est plus traversé de soubresauts, elle se tourne vers nous, à bout de souffle, le regard un peu perdu...

- « Vous voyez, ça va mieux ! Vous voyez bien que l'on ne voulait pas vous tuer ! Allez, reposez-vous, nous reviendrons vous voir tout à l'heure... »

Les soignants la couvrent puis ferment la porte à clés.

- « Bon... ben... merci, Luc... si on a re-besoin de toi, on sait où te joindre ! »

Sur le chemin du retour, Luc nous parle, visiblement éprouvé :

- « C'est terrible ce genre de truc, c'est vraiment éprouvant... J'en ai fait trois ce matin et j'en peux plus... les montées d'adrénaline, le cœur à 180 et la tension continue... merci, c'est bon... »

Il avoue s'être senti gêné par notre regard, comme si son étrangeté avait, tout à coup, mis en évidence la tension inhérente à la scène dont nous avons été témoins. Étrangeté d'un regard qui soudainement l'avait lui-même rendu extérieur aux gestes et aux actions qu'il était en train d'accomplir, qui l'a conduit à *se voir* en train d'agir. Pourtant, il n'y avait à proprement parler rien de violent dans cette confrontation. À aucun moment, il n'y eut de brutalité ou d'agressivité, mais bien plus, la survenue d'une tension insoutenable inextricablement liée à l'acte même de contention lorsque l'écoute et l'apaisement de l'autre par la parole ne suffisent plus. Tensions de corps qui s'affrontent silencieusement, qui tentent à la fois de se saisir et de s'éviter, qui tendent ensemble vers des directions éminemment contradictoires : d'un côté, celle de la chambre d'isolement, le chemin du retour à la raison menant à l'entrée dans l'espace de prise en charge thérapeutique et, de l'autre, celle de la fuite désespérée impulsée par le sentiment de terreur pure, de peur-panique et de mort imminente... Et de cette confrontation, l'affectif ne peut être évincé, il peut à tout moment saisir

chacun des protagonistes - que ce soit les soignants ou nous-mêmes - et les renvoyer à ces images insupportables de soi, où le regard de l'autre nous met en présence du non-dit de la souffrance.

Odette : - « On ne peut pas s'imaginer ce que peut être la souffrance mentale... c'est la pire qui soit... on ne peut pas s'imaginer. Quand par exemple, tu as la sensation que ta bulle corporelle explose... quand tu as l'impression que les limites de ton corps sont là-bas, au loin... tu imagines... quand les autres deviennent des menaces... et les psychotiques, ils les voient vraiment comme ça, ils les voient se transformer devant leurs yeux... Un jour, j'ai fait sortir une malade qui était enfermée dans un placard à balais... mais après, elle voulait pas que je referme la porte parce qu'elle était persuadée que sa jambe s'était détachée et était restée coincée à l'intérieur ! Je l'ai donc laissée retourner dans le placard pour prendre sa jambe. *Je l'ai un peu accompagnée dans son délire* afin de ne pas la brusquer... ça n'aurait servi à rien de la raisonner, elle était, à ce moment là, trop malade et terrorisée... »

Par conséquent, lorsque la maladie se montre plus forte que tout, lorsque les délires hallucinatoires prennent le dessus, lorsqu'il devient impossible de « raisonner » le malade, le soignant peut encore et toujours tenter d'entamer un dialogue avec l'insensé. Ici, point de corps happés et empoignés afin de ramener l'autre, physiquement, sur le territoire de la raison mais la prise d'un risque, celui de se mettre à « jouer le jeu », d'abandonner ses propres repères afin de comprendre, en l'« accompagnant » dans le délire, les mécanismes de son angoisse. Moins que de l'arracher, de l'extirper coûte que coûte à ses souffrances, il s'agit bien plus de cheminer avec lui, quitte à parler, pour un temps, le langage de sa folie ou de mettre entre parenthèses l'expérience de la réalité, en partageant avec lui les terrifiantes images que secrète son imaginaire...

Sophie : - « Un jour, dans une cité à côté, il y a eu des émeutes et on a eu un jeune homme qui avait vu son frère se faire grièvement blesser par les flics devant lui. Donc, le gamin, il a pétié les câbles et il nous a été amené en HO [hospitalisation d'office]... et il paraissait étrangement calme, nous on craignait le pire... mais rien... il disait rien... on l'emmène dans la chambre d'isolement... on craignait qu'il se mette à speeder, mais rien... il entre tout seul, tranquille, s'assoit sur un tabouret...il me regarde, j'étais seule avec lui... et... c'était la première fois que je voyais ça, j'ai fait un pas en arrière... tout à coup, il me regarde et je vois son visage se

métamorphoser, qui vraiment se transforme en... quelque chose d'autre... quelque chose qui n'était plus lui... comme si chaque muscle de son visage s'était mis à trembler... et avec une voix terrible, inhumaine, il me dit : « Je suis mon frère »... et là, j'ai cru que *c'était moi qui devenais dingue*... qui commençait à douter de ce que je voyais, comme dans les films d'horreur, sauf que là... c'était plus du cinéma... »

Ainsi, dans ce tête-à-tête avec la folie, lorsque, littéralement, elle vous saute au visage par les torsions et les distorsions qu'elle inflige au réel, les repères peuvent s'effondrer et l'on risque à son tour de passer de l'*autre côté*. Les distances s'effacent, les certitudes vacillent puisque la tangibilité même de ce que l'on voit, le concret d'une réalité physique que l'on croit stabilisée s'évanouissent brusquement. Plus d'unité de lieu, de temps ou d'espace, les visages s'échangent, se transforment, les corps se morcellent, les identités se permutent, s'intervertissent... Ainsi, dans ce surgissement du pathologique à la surface de ce que l'autre donne à voir de lui-même, le soignant ne peut que se confronter, à son tour, à l'incertitude de ce qu'il perçoit, et cela dans les limites mêmes de la frontière rassurante que trace, au sein du service, la chambre d'isolement. Lieu dans le lieu, espace circonscrit lui-même situé à l'intérieur du cadre protecteur de l'unité de soin, qui pourtant ne peut empêcher ce brusque retournement du visible.

Protection, contamination et encore le déménagement...

Pour les soignants, il s'agit alors de se protéger en permanence de ces débordements. Protéger son corps d'abord, car si les médecins entretiennent une relation au plus proche de l'intimité de la parole de la folie, les infirmiers, ainsi que les aides-soignantes et les ASH, tendent à entretenir aussi cette proximité à la corporéité des malades. Un interne en psychiatrie confirme : - « C'est vrai que nous on a du mal... enfin, je parle en mon nom, mais je pense que c'est valable pour pas mal de psys... on a du mal avec le soin somatique... moi, ça me gonfle de me saisir d'un stéthoscope, d'aller déceler je-ne-sais quel trouble dermatique ou pulmonaire... je le fais mais bon... c'est pas mon truc... je me sens éloigné de ça. » Dès lors, c'est l'interne en soins généraux qui va établir le lien entre le psychiatrique et le somatique, entre ces domaines d'activités revenant aux médecins-psychiatres et ceux revenant aux autres soignants. Mondes clairement délimités, traversés par un dualisme larvé, lorsqu'il s'agit d'entrer en contact physique avec ceux que l'on soigne. D'un côté, un technicien des soins généraux qui admet « ne pas être là pour faire de la psy », de l'autre,

des experts en souffrance mentale, dont le souci principal demeure la maladie psychique et ses troubles. À chacun son champ de techniques et de compétences, à chacun les bribes d'un corps redécoupé à la lumière des connaissances spécialisées que l'on en a.

Quant aux soins quotidiens du corps, c'est aux autres soignants qu'ils incombent : changer les draps et les vêtements souillés, laver les malades, soigner les blessures bénignes, faire, refaire et défaire les pansements... Aux ASH, le nettoyage des surfaces, l'entretien des lieux de vie... Luc : - « Ici, on met pas de blouses... sauf quand il y a des trucs crades à faire...genre de la merde partout dans la piaule, alors là oui, je mets les gants et la blouse... » Virginie confirme : - « On a une patiente qui a un drôle de truc, une espèce de dermatose mais dont on ne comprend pas l'origine... et là, franchement, pour aller la laver et tout ça, c'est vraiment dur... on a tous du mal... quand tu rentres dans la chambre, il y a des lambeaux de chair de partout... quand on la touche on dirait vraiment qu'elle tombe en morceaux... alors on met des gants, et on fait comme on peut. » Dès lors, en présence d'un corps qui se liquéfie, qui, à son tour, déborde les limites corporelles qu'impliquent la norme sociale, la blouse est revêtue comme ultime rempart à ce risque de contamination symbolique que porte en lui le corps du malade. Quelles que soient les appréhensions, les craintes ou les répugnances, il faut, malgré tout, aller *au contact*, dépasser sa propre conception de la corporéité et du privé, afin de rencontrer l'autre dans l'épaisseur de sa propre intimité.

Cette crainte de la contamination par le contact physique du patient a ainsi transparu de façon sensible lors du déménagement et de la réappropriation des lieux par les personnels des deux services. En effet, dès le début, chacun reproche à l'autre de ne pas avoir laissé « les lieux assez propres ». Des échanges assez vifs se font dans l'ascenseur ou les escaliers à propos de l'état des chambres ou des lieux de vie communs. Et rapidement, à la lumière de ces reproches insistants, quelque chose de l'ordre d'une peur réciproque de la souillure commence à poindre. Peur de la part des soignants du service d'en-bas de se confronter à l'inconnu de la psychose, agacement des soignants de l'unité qui, eux, disent « en avoir marre de ces petits névrotiques à la con, auxquels tout est dû ». Les objets, le mobilier sont ainsi soigneusement rangés et triés, tout ce qui peut être transporté à la main est rapidement transféré, comme pour être protégé, mis à l'abri, en lieu sûr. Une infirmière : - « Ils sont fous ! Ils veulent qu'on

change tout, les lits, les chaises, les tables de nuit, même nos chaises qui sont en bon état, ils en veulent pas, 'faut qu'ils arrêtent ! » Tout ce qui a été touché ou approché par les soignants et à plus forte raison par les malades, est mis de côté. Ainsi, une ASH refuse de saisir une poubelle qui n'est pas de son service. Certes le geste est éminemment institutionnel - « Je ne ferai pas les tâches qui te sont imparties à toi, de l'autre service » - mais il traduit aussi une certaine appréhension symbolique puisque quoi de plus potentiellement dangereux que l'ordure, les déchets que laisse l'autre derrière lui, autre qui, au quotidien, est confronté à la constante présence de la maladie. Virginie : - « Y'en a une d'en-bas qui vient et elle me dit : « Il faudrait changer les tables de nuit, parce que les vôtres, elles sont toutes brûlées par des cigarettes, c'est une question de respect pour les patients. » De respect pour les patients ? !!! Comme si certains patients plus de respect que d'autres... » L'aide-soignante est appelée pour désinfecter les lits dont va désormais se servir le service du premier étage : - « Leur aide-soignante à eux a dit qu'elle voulait pas y toucher ! » Ainsi, c'est à elle, et elle seule, que revient la responsabilité de procéder aux ultimes manipulations de stérilisations de ces objets contaminés et contaminants dont elle avait auparavant la charge. Mais cette peur de la souillure se répand aussi parmi les patients du service qui, à leur tour, protestent auprès des soignants. Un patient : - « Et mon lit, il a bien été désinfecté parce qu'il pue... il sent la merde ! Je veux pas aller me coucher dans ce truc qui est pas à moi, tant qu'il aura pas été désinfecté ! » Dès lors, une peur réciproque s'installe et se diffuse... Les lieux, les objets et les personnes sont ainsi suspectés, abordés avec méfiance. Les « psychotiques d'en-haut » descendant, frôlant les « névrosés d'en-bas » qui remontent... Sarabande de patients qui, soudain, se retrouvent face à face. En premier, à la tête du groupe, Simone, une patiente, psychotique depuis l'enfance, en robe de chambre, les yeux hagards, la bouche ouverte d'où dégouline en permanence un filet de bave. Un murmure parcourt le groupe des « névrosés d'en-bas »... des réactions effrayées, de dégoût se font entendre... Un commentaire fuse : - « Hou là là, elle a l'air atteinte celle-là... » La masse des patients se fend en deux afin de laisser passer leurs voisins... Quelques regards s'échangent mais une distance constante reste de mise. Les corps s'effleurent et s'évitent, chacun semblant laisser derrière lui les traces indélébiles et contagieuses de sa propre maladie. Une infirmière : - « Quand on est rentrés et qu'on a croisé les autres, c'est vrai que j'ai ressenti un drôle de truc... comme des regards pas très sains... c'est un truc que j'ai

vraiment ressenti... une réaction de recul, comme s'ils se retrouvaient face à des pestiférés. »

Et au terme du déménagement, cette peur de la contamination va avec d'autant plus de force parcourir le groupe des soignants lorsqu'il comprend que la nouvelle salle de pause est installée... dans une chambre de patient. Cette installation est presque vécue comme une déchéance, une humiliation... Désormais, les frontières se brouillent, puisque, concrètement, physiquement, ils se retrouvent à la place, voire *dans la place* du patient³². Les réactions sont fébriles et d'emblée les toilettes et les lavabos de la pièce sont proscrites :

- « Dire qu'il y a des patients qui ont pissé et chié là-dedans, beuhhh...

- Il est hors de question qu'on fasse la vaisselle là où les patients se sont lavés ! Ça, c'est hors de question !

Une infirmière : - « On se retrouve dans une salle où ils ont dormi, tu te rends compte, où ils ont dormi ! »

La pièce tout entière apparaît alors comme ce lieu marqué, imbibé d'une histoire faite de souffrance, de maladie. Une histoire qui semble suinter des murs, imprégner le moindre des objets du quotidien et qui situe les soignants à l'extérieur d'un lieu qu'ils se refusent d'habiter. Un lieu perçu comme souillé qui, de fait, recèlerait intrinsèquement le risque potentiel de faire sombrer l'équipe de l'autre côté de cette frontière tant redoutée³³. Et, face à ce risque, que cet épisode du déménagement à exposer de façon décisive, le corps apparaît un peu comme cet espace de vulnérabilité, situé à l'interstice du dehors de la folie et du dedans d'une intériorité que l'on essaie de préserver et de protéger. Partant, tout ce qui le relie à l'extérieur doit être continûment contrôlé et inspecté. Les soignants

³² « Le fou, en tant que personnification de la déraison, devient un personnage invivable ; il est, en droit, concevable d'occuper la position des autres. En conséquence, il devient symboliquement extrêmement dangereux de trouver physiquement devant soi un personnage qui nous rappelle ce simple fait qu'on pourrait être à sa place. » Jean-Pierre Brouat, La bipolarisation du champ des représentations de la folie : « le fou et le dépressif », sous la direction de Bernard Doray et Jean-Marc Rennes, *op. cité*, p. 249

³³ Ainsi, cette question qui nous a été souvent posée non sans malice par les soignants : - « Alors, vous qui venez de l'extérieur, vous nous trouvez comment ? Pas trop fous au moins ? » Comme si une vie au quotidien avec la folie impliquait nécessairement une imprégnation de ceux qui s'y livraient. Une infirmière : - « De toute façon, il faut que nous aussi on soit un peu fous pour les comprendre ! » Comme l'indique Denise Jodelet, « L'habitude devient alors le marquage d'une intoxication. » (Denise Jodelet, *Folies et représentations sociales*, PUF, 1989, p. 109) De même l'on peut rapprocher de cette interprétation cette phrase d'un soignant en chirurgie thoracique disant à l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle : « *Nous sommes des écorchés vifs* » (Marie-Christine Pouchelle, sous la direction de François Lautman et Jacques Maître, *op. cité*, p. 282)

possèdent des toilettes à part, soigneusement distinguées celles des patients. La nourriture, de la même manière, est préservée de tout contact avec les porteurs de la maladie. Des « lignes de démarcation »³⁴ qu'il s'agit de respecter scrupuleusement sont alors tracées. Témoin, cette phrase qui nous a été adressée, un soir, alors que nous prenions un repas commun avec les patients : - « Tenez, prenez des gâteaux, il en reste quelques-uns, mais *faites attention à ceux-là*, je serais vous, je ne les prendrais pas parce que M. B y a mis les mains... » Les soignants et plus particulièrement les infirmiers, les aides-soignantes et les ASH, se voient par conséquent exposés en permanence à ce triple risque qu'a bien défini Robert Barrett³⁵ : celui de pollution par des patients souillés, celui de contagion sociale du fait de la promiscuité qu'ils entretiennent avec la folie, enfin, celui du danger physique d'être attaqués lorsque les effusions délirantes deviennent incontrôlables.

La morbidité

Mais à côté de ces risques, menaçant l'intégrité physique proprement dite, il y a aussi cette pluralité diffuse d'événements qui, lorsqu'ils surviennent, mettent en danger, de la même manière, les membres de l'équipe. Mises en danger existentielles qui heurtent la conscience que l'on a de soi, qui écorchent l'expérience subjective du monde. Insoutenable et diffuse impression de morbidité qui se dégage de ces parcours existentiels traversés par la mort et la maladie. Angoisse rampante de l'irréparable tout autant inquiétant qu'imprévisible...

Claudine : - « Des fois, *ça* arrive sans prévenir... le jour de Noël... le grand-patron nous avait apporté des chocolats et au moment précis où il nous les donne, un patient était en train de se pendre dans les toilettes... on est arrivé trop tard, il était mort... on les a même pas goûtés ces chocolats, ils sont restés sur la table ! »

Elle ajoute : - « Mais j'ai pas peur des morts, j'en ai jamais eu peur... c'est aussi *ça* notre métier... mais un jour, il y a truc qui m'a vraiment choquée, un patient était mort et il a fallu l'emmener à l'institut médico-légal. Le type était mort depuis trois jours. On l'a mis dans un sac, avec une fermeture, on avait des masques sur le visage... et on l'a emmené là-bas... »

³⁴ « Je crois que les individus considèrent effectivement leur milieu social comme un ensemble de personnes réunies ou séparées suivant les lignes de démarcation qu'il faut respecter. Certaines de ces lignes sont protégées par des sanctions vigoureuses et concrètes. » Mary Douglas, *De la souillure*, La Découverte, 1992, p. 152

³⁵ Robert Barrett, *op. cité*, p. 72

et le type qui nous a accueillis, il l'a pris comme ça, comme un tas de viande, et puis il l'a balancé sur la table... un vrai boucher, un découpeur de cadavre... il m'a dit parce qu'il voyait que j'étais pas bien : « Restez là si vous voulez voir quand je le découpe ! » et moi, j'ai pas pu et je suis vite ressortie... Trois heures après on l'a récupéré... ils avaient caché les découpes, on voyait juste sur le haut de son crâne, la trace de la machine... non, c'est vraiment un sale souvenir... »

La mort et l'angoisse qu'elle secrète, donc, comme confrontation au définitif et à l'irrévocable mais aussi la mort comme interruption irrémédiable du processus de soin, qui met, avec brutalité, le soignant face à sa propre vacuité... Ainsi, c'est à la même angoisse, à la même peur de l'échec que la notion de « rechute » renvoie. La rechute comme retour sans fin de la maladie qui confine les patients dans ce redoutable et redouté état de « chronique », où l'inertie et l'attente font de lui un être en suspend, en souffrance. Parfois, le soin, aussi volontaire soit-il échoue, « ça ne marche pas », la personne n'est plus « dans » ni même « hors » ou « contre » le soin, elle est ailleurs, dans un territoire où plus rien ne peut l'atteindre, où toute possibilité de relation semble s'anéantir.

- « Des fois, il faut l'admettre qu'on échoue, que la maladie est plus forte que le reste. Ça met un coup au narcissisme mais il faut l'accepter... ça marche pas et c'est comme ça... »

Se résoudre à accepter que l'on a perdu ou que l'on est en train de perdre ou encore accepter que la rechute puisse être une éventualité inhérente au processus de soin...

- « Vous voyez, il y a des patients, ben, ils sont incapables de se projeter, de faire un choix ou de prendre du recul sur leur situation... il faut faire avec, et c'est dur pour nous, c'est désespérant... parce qu'on sait plus quoi faire, on sait plus quoi envisager... »

Par conséquent, face à ces malades, qui comme l'a dit un médecin, « ont été construits avec les murs », il s'agit de nourrir l'espoir renouvelé qu'un jour, à leur échelle, « ils aillent mieux » même s'il arrive que le scepticisme finisse par l'emporter. Ainsi, ce dialogue entre un patient sur le point de partir en maison d'accueil et des soignants :

Patient [angoissé par son départ] : - « J'ai acheté de beaux vêtements pour là-bas, c'est tout dans mon placard, fermé à clés ! On sait jamais... sinon je suis fin prêt... et je pense que là-bas, ce sera mieux qu'ici... quand j'étais à la clinique, c'était bien de voir du monde, de voir les autres, de parler avec eux, de se faire des amis... parler de mes angoisses...

Un infirmier [en aparté] : - Se faire des amis, tu parles ! Il était dans un service de malades complètement lâchés, passés aux électrochocs ! Ce type, c'est un échec permanent, il est d'abord sorti une première fois : échec ! Il s'est retrouvé à l'Armée du Salut, il est revenu ici... En plus, pendant sa sortie, il a abusé de ses amitiés et de ses proches, il a leur a laissé près de 3000 balles de communications téléphoniques ! Ensuite, il a fait une sortie en maison de retraite... il a tenu une semaine... puis de nouveau, 3000 balles de téléphone ! On a refait un essai il y a peu, et là : surprise ! Il a tenu un mois ! Donc, tout reste possible.

[Le patient sort]

Une infirmière : - « Je fais quoi, je range son dossier ou pas ?

Infirmier : - Oui... ou plutôt non... laisse-le en dessous... disponible... *on sait jamais...* »

Ainsi, s'il s'agit d'accepter l'échec comme mise en danger permanente du soin, il faut aussi reconnaître les limites de sa propre volonté de communiquer et, par-là, de guérir. Comme le montre l'exemple de cet entretien entre Simone et un interne, lorsque la personne ne veut plus ou ne veut pas, l'on ne peut plus que s'incliner :

[Simone entre... Elle a sollicité le matin même, un entretien avec Dominique, l'interne de l'unité. Le médecin prend la parole, il parle fort comme s'il craignait que Simone ne l'entende pas.]

- « Alors Simone, comment ça va ?

[Simone est prostrée sur sa chaise, presque'hébétée... la bouche entrouverte, les yeux écarquillés comme si ce qu'elle avait à dire ne pouvait passer que par son regard... Elle ânonne alors une phrase inarticulée, que nous ne comprenons pas...]

- Vos parents ? [découragé] Ils sont morts il y a dix ans, vous le savez ça Simone ?

[Simone ne répond pas, reste silencieuse, puis ânonne quelque chose...]

- Il faudrait articuler ! [s'adressant à l'infirmière présente] Je comprends rien... Comment ? Vous vous sentez mal ? mais pourquoi ? ce sont les autres ? ils vous ennuient ? ils vous frappent ?

[Simone paraît de plus en plus agitée, son débit de phrase s'accélère, elle grimace, ses yeux s'embuent, elle commence à sangloter puis... se met à pousser un hurlement continu...]

[excédé] - Ha non ! Simone ! Pas ça ! Ça suffit ! Arrêtez cela ! On pourrait vous aider, trouver une solution mais il faudrait que vous y mettiez

du vôtre, parce que vous êtes bien agressive. Vous avez frappé une infirmière dernièrement, non ?

[Simone se calme un peu, le visage toujours tordu par un rictus de colère et d'angoisse...]

- Vous savez Simone que mon internat se finit ? Ce n'est plus moi qui vais vous occuper de vous, ce sera quelqu'un d'autre qui vous prendra en charge. Mais ça vous le saviez, je vous l'avais dit...

[La patiente ne répond pas puis, de nouveau, ses hurlements emplissent la pièce...]

- Non, je peux pas... c'est impossible... [tentant de couvrir les cris] Puisque c'est comme ça, on arrête là ! Vous savez que je déteste quand vous hurlez comme ça... donc, ça suffit ! Sortez ! »

[Simone, toujours hurlante, se lève et se dirige rapidement vers la sortie en nous menaçant de ses poings. Elle ouvre la porte, sort en la claquant violemment puis l'ouvre de nouveau pour la refermer encore plus brutalement. Nous entendons ses hurlements résonner dans le couloir. Un patient : - « Mais tu vas fermer ta gueule, vieille folle ! Va dans ta chambre et n'en sors plus, t'as qu'à y crever ! »]

- « Pourtant, elle allait mieux ces derniers temps, pour une psychotique de naissance... Mais, là, elle empire... et les solutions sont plus que restreintes pour quelqu'un comme elle... qui voudrait d'elle à l'extérieur ? quelle institution ? J'ai du mal à voir son avenir... En plus, les autres patients la maltraitent, la battent dès qu'on a le dos tourné... »

Pourtant, Simone, face à l'impossibilité de dire, de façon articulée, sa colère, sa peur des autres malades, son refus de voir partir l'interne qui la suivait et qu'elle appréciait, n'a plus que le cri comme unique moyen d'expression. Un cri qui, a lui seul, concentre l'expression de son affirmation contre un état de chose qu'elle ne peut accepter, qu'elle ne peut admettre... Fautes de mots échangés, d'argumentations discutées, l'entretien a tourné court. Pourtant, la radicalité des sentiments de Simone y a résonné de manière assourdissante...

Ainsi, ces malades, à l'image de Simone, qui semblent être entrés dans un état de maladie qui les situe aux confins de l'incommunicable et de l'incurable, apparaissent un peu comme ces êtres à l'altérité radicale, dont on ne peut qu'accepter et admettre l'infranchissable distance. Êtres qui tels des figures fantomatiques sont parfois brandis par les soignants comme ces exemples à ne pas suivre ; êtres de perte et de séparation dont le retour, dans un monde de significations collectivement partagées, semble à jamais

interdit et qui se voient obligés d'inventer les termes de leur propre langage. Un médecin s'adressant à Sophie, une jeune patiente de dix-huit ans :

- Attention, Sophie, à ce que vous êtes en train de faire ! Vous vous refusez d'entrer dans le soin... vous ne voulez pas être soignée... en plus, on vous a surpris en train de fumer du shit. Vous savez que vous êtes atteinte d'une maladie psychiatrique très grave... et si vous continuez à avoir ce type de comportements, c'est toute votre vie que vous allez passer à l'hôpital... vous avez vu les anciens patients du service ? Si vous continuez, c'est à *cela* que vous ressemblerez ! L'hôpital n'est pas une fin en soi... »

Dès lors, face à ces patients qui frôlent cette inquiétante frontière du « chronique », de la « routine », ou qui, brusquement, alors que « ça allait mieux », plongent dans des crises encore plus violentes, fuguent pour disparaître parfois définitivement, ou encore après s'être « stabilisés » sombrent à nouveau, les soignants, affirment et réaffirment encore, malgré l'abattement ou l'agacement, malgré les déceptions ou les déconvenues, l'importance d'un processus de soin qu'ils savent précaire mais nécessaire, vitalement essentiel pour des individus pour lesquels l'hôpital demeure la seule et unique espérance de vie.

Conclusion

Il est vrai, comme il a été dit, qu'il n'est pas si aisé que cela d'entrer dans un service d'*entrée* de soins psychiatriques... Cela ne va pas de soi. Car, et ce malgré les transformations continues qu'a connues et que connaît encore la psychiatrie, cette entrée nous confronte directement à la présence inévitable et indéniable de la souffrance. Souffrance de la perte de soi et des autres, de liens sociaux rompus ou distendus, de cheminements existentiels qui ont parfois volé en éclats ; souffrance de paroles meurtries, traversées par ces angoisses effroyables que suscitent les crises hallucinatoires ou les épisodes délirants... Une souffrance consubstantiellement liée au lieu qui l'accueille, lui offrant, par-là, les terribles raisons de sa propre existence. Hôpital et souffrance ne font qu'un, rien ne peut les dissocier... Et c'est ensemble, dans leur lien réciproque, qu'ils prennent sens : d'un côté, la souffrance comme fondement et justification de l'hôpital, de l'autre, l'hôpital comme univers de déploiement et de prise en charge de celle-ci... Pourtant, malgré son omniprésence que d'aucuns nomment encore « mentale » ou « psychique », comme si l'on pouvait tracer une ligne bien nette entre ce qui ressort du somatique, du corps, et ce qui ressort de l'esprit, de l'intériorité, l'hôpital reste un lieu de vie, un lieu d'échanges permanents avec l'extérieur. Comme le montre l'exemple de cette unité de soins qui nous a accueillis pendant ces longs mois, une circulation ininterrompue le parcourt. Circulation de biens et de personnes, où des individus entrent, sortent, partent, pour parfois ne jamais revenir, circulation que tente sans cesse de contrôler les équipes de soin afin d'en maîtriser les éventuels dérapages, les possibles débordements. Mais aussi, aux côtés ou plutôt avec ce mouvement interne toujours renouvelé, une temporalité feuilletée mêlant continûment un temps de la récurrence et de la régularité, temps contrôlé du soin proprement dit et un temps plus accidenté, fait d'imprévu, de surgissements où d'attentes inquiètes, temporalité éclatée que secrètent les dysfonctionnements pathologiques. Et au sein de ce fragile entrelacement de temps et d'espaces, l'équipe, dans sa globalité, tente, elle, de renouer un lien d'écoute et de dialogue avec ceux qu'elle a pour tâche de comprendre et de soigner. Comprendre ce que l'autre dit dans un langage qui parfois échappe aux cadres communs de l'interlocution mais aussi expliquer médicalement, en décryptant au travers de ce qu'exprime cet autre, les signes du pathologique, telle est cette oscillation à laquelle se livre indéfiniment chacun des acteurs du service. Il s'agit d'entretenir, dans une négociation permanente, cette relation de communication même avec ceux

qui paraissent irrémédiablement marqués par les stigmates de leur maladie. Car l'espoir subsiste toujours et nous avons nous-mêmes pu le constater lorsque deux patients pourtant jugés « très chronicisés » ont quitté le service dans lequel ils vivaient depuis très longtemps, pour rejoindre une structure spécialisée à l'extérieur. Et c'est là que la psychiatrie d'aujourd'hui se détache radicalement de l'asile d'antan. Si l'hôpital par ses structures *intra muros* a pour tâche de prendre en charge l'urgence d'une folie qu'il s'agit encore de contenir, elle existe aussi dans la ville, au cœur de la société, intégrée au rythme quotidien de la cité. Il n'y a pas scission entre ces deux modes organisationnels, ces deux espaces, mais bien plutôt complément de l'un par l'autre. Ils ne correspondent pas simplement aux mêmes phases de soin. L'unité que nous avons étudiée est d'ailleurs en train, par l'intermédiaire du développement d'un hôpital de jour extérieur, de quitter l'espace limité de l'*intra* pour développer une structure plus détachée et autonome de la réalité hospitalière classique. Il y a ainsi superposition de lieux qui se segmentent, se distinguent, tout en s'inscrivant dans le même mouvement thérapeutique. Des lieux qui, dès lors, cherchent chacun à se positionner l'un par rapport à l'autre. D'un côté une unité *intra* hospitalière spécialisée dans le traitement de la pathologie et de ses débordements, de l'autre un service *extra* hospitalier qui tout en conservant ce lien de soin avec le patient tente de l'aider à se réinscrire dans la trame du social. Et là la relation à l'autre, malade, se fait différente. Il n'est plus cet être de psychose étranger à l'autre et à lui-même, happé par des flux qui l'envahissent et le noient, mais une personne, qui à l'instar du commun, tente d'assumer les nécessités du quotidien et de se projeter dans une vie qui désormais lui appartient.

Bibliographie

- Divers auteurs Penser la folie - Galilée - 1992
- Barrett Robert La traite des fous - la construction sociale de la schizophrénie - Les empêcheurs de penser en rond - 1998
- Bertaux Daniel Les récits de vie - Nathan - 1997
- Bonnet Henri Histoire de la psychiatrie à Lyon - CLE - 1988
- Deleuze Gilles Foucault - Minuit - 1986 - 141 pages
- Devereux Georges Ethnopsychanalyse complémentariste - Flammarion - 1985
- Doray Bernard , Rennes Jean-Marc (*sous la direction de*) Regards sur la folie - Investigations croisées des sciences de l'homme et de la société - L'Harmattan - 1993
- Douglas Mary De la souillure - La Découverte - 1992
- Foucault Michel Histoire de la folie à l'âge classique - Gallimard - 1972
- Foucault Michel Surveiller et punir - Gallimard - 1975
- Gauchet Marcel, Swain Gladys La pratique de l'esprit humain - Gallimard - 1980
- Geertz Clifford Savoir local savoir global - P.U.F - 1986
- Geertz Clifford Ici et là-bas - Métailié - 1996
- Goffman Erving Asiles - Minuit - 1968
- Goldstein Jan Consoler et classifier - l'essor de la psychiatrie française - Les empêcheurs de penser en rond - 1997
- Gonnet Françoise L'hôpital en question - Éditions Lamarre - 1992
- Good Byron Comment faire de l'anthropologie médicale ? - Les empêcheurs de penser en rond - 1998
- Grivois Henri Le fou et le mouvement du monde - Grasset

- Grivois Henri Naître à la folie - Les empêcheurs de penser en rond - 1991
- Gros Frédéric Création et folie - Une histoire du jugement psychiatrique - PUF - 1997
- Herreros Gilles L'hôpital psychiatrique et ses relations. De l'ouverture-fermeture au singulier-commun in Le Vinatier - un hôpital en travail - Éditions la Ferme du Vinatier - 1999
- Jodelet Denise Folies et représentations sociales - P.U.F - 1989
- Kristeva Julia (*sous la direction de*) Folle vérité - vérité et vraisemblance du texte psychotique - Seuil
- Klein François Une folie psychiatrique - Les empêcheurs de penser en rond - 1998
- Lautman François, Maître Jacques (*sous la direction de*) Gestions religieuses de la santé - L'Harmattan - 1995
- Madioni Franca Le temps et la psychose - L'Harmattan - 1998
- Menahem Ruth Langage et folie - Les Belles Lettres - 1986
- Nathan Tobie, Stengers Isabelle Maladie et sorciers - Les empêcheurs de penser en rond - 1995
- Olié Jean-Pierre, Spadone Christian Les nouveaux visages de la folie - Odile Jacob - 1993
- Postel Jacques, Quérel Claude (*sous la direction de*) Nouvelle histoire de la psychiatrie - Dunod - 1994
- Schurmans Marie-Noëlle Maladie mentale et sens commun - Delachaux & Niestlé - 1990
- Swain Gladys Dialogue avec l'insensé précédé de À la recherche d'une autre histoire de la folie Marcel Gauchet - Gallimard - 1994
- Wolfson Louis Le schizo et les langues - Gallimard - 1970