



HAL
open science

**Regards croisés sur l'enfermement en psychiatrie. “
L'internement c'est l'enfermement, mais l'enfermement
ce n'est pas l'enfermement ”**

Arnaud Béal, Sylvie Daniel

► **To cite this version:**

Arnaud Béal, Sylvie Daniel. Regards croisés sur l'enfermement en psychiatrie. “ L'internement c'est l'enfermement, mais l'enfermement ce n'est pas l'enfermement ”. C. Dargère; S. Héas. Vivre la réclusion. Expériences plurielles de l'enfermement, L'Harmattan, 2019, coll. “ Des hauts & Débats ”. halshs-02096659

HAL Id: halshs-02096659

<https://shs.hal.science/halshs-02096659v1>

Submitted on 11 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Regards croisés sur l'enfermement en psychiatrie. « L'internement c'est l'enfermement, mais l'enfermement ce n'est pas l'enfermement »

Arnaud BÉAL – Docteur en psychologie sociale (Groupe de Recherche en Psychologie Sociale, Université Lyon 2)

Sylvie DANIEL – Cadre socio-éducative/Sociologue

Référence : Béal, A., Daniel, S. (2019). Regards croisés sur l'enfermement en psychiatrie. « L'internement c'est l'enfermement, mais l'enfermement ce n'est pas l'enfermement ». In C. Dargère, S. Héas (dir.), *Vivre la réclusion. Expériences plurielles de l'enfermement*, Paris, L'Harmattan, coll. « Des hauts & Débats ».

Ce texte souhaite rendre compte de l'expérience de l'enfermement dans le champ de la psychiatrie du point de vue de personnes directement concernées. Il se base essentiellement sur l'expérience d'une résidente d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale « spécialisé » qui prend en charge des personnes « psychatrisées »¹. C'est à partir du récit de Maéva, que nous avons recueilli dans le cadre d'un entretien semi-directif effectué dans ce centre, que nous avons construit ce texte. Il est le fruit d'un regard croisé entre trois chercheurs : une « usagère » du système psychiatrique, une professionnelle de ce champ d'intervention et un psychologue social. C'est la rencontre de ces points-de-vue qui est à l'origine et le fruit de cette production et qui lui donne toute sa richesse. Des vas et viens sont donc effectués entre des savoirs issus de l'expérience vécue, de savoirs professionnels et de savoirs académiques davantage issus de travaux scientifiques.² Il vise à saisir, surement de manière partielle, ce que représente l'hôpital psychiatrique dans notre société contemporaine du point de vue de ceux qui en ont fait l'expérience. Voici donc quelques thématiques qui peuvent être mises en exergue pour caractériser l'enfermement dans cette institution hospitalière.

Etrangéité de la vie quotidienne à l'hôpital psychiatrique

L'hôpital psychiatrique peut d'abord être décrit par sa distinction radicale avec la vie quotidienne hors de l'hôpital. Maéva explique que l'arrivée à l'hôpital psychiatrique, a été pour elle un « arrêt » « brutal » de sa vie quotidienne avec le passage à une autre quotidienneté : « *Du jour à un autre ta vie elle s'arrête. Moi j'y ai passé un an. Tu fais plus tes courses. T'as des heures imposées, tous les matins quelqu'un vient te réveiller. Moi j'étais adulte déjà, donc je vis pas chez mes parents. Donc ça fait longtemps que y a personne qui*

¹ Cet établissement qui est né à l'époque de l'ouverture sur la cité de l'hôpital psychiatrique, est l'un des premiers en France à accueillir des usagers orientés directement par des hôpitaux psychiatriques. La demande du territoire étant de plus en plus forte pour la typologie du public accueilli, l'établissement offre 42 places dont 24 réparties dans des logements ordinaires au sein de la Cité. Il est constitué essentiellement, en 2017, de personnes maintenues à la contrainte en programme de soins, mouvement à l'œuvre depuis la promulgation de la loi de Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. L'ensemble des résidents est donc suivi par un service de soin de la santé mentale avec lequel l'établissement collabore durant toute la durée du séjour.

² Il convient de relever quelques difficultés rencontrées dans cet exercice : ce travail que nous avons mené avec cette résidente de cette structure a nécessité une mise en récit d'une expérience qui a pu être une épreuve à bien des égards. Le récit de cette histoire, sa remémoration ont pu être difficiles, le traumatisme vécu à ce moment-là pouvant être difficilement représentable à nouveau. Des précautions ont donc été prises de ce côté-là.

vient me réveiller le matin. Encore moins pour me donner quelque chose que j'ai pas envie de prendre à la base. »

Ce nouvel espace-temps apparaît comme antinomique à bien des égards avec ce qui est familier pour les personnes. C'est notamment une discipline qui va s'imposer aux sujets, associée à un sentiment d'infantilisation ou de délégitimation de ses capacités à décider et à agir par et pour soi-même. Cette réorganisation de la vie quotidienne et la perte de pouvoir sur sa vie peut créer une forme d'incompréhension de « *ce qui se passe* » une fois hospitalisé, ce qui peut être synonyme de « *violence* » comme l'évoque Maéva : « *Non mais c'est violent. Au début quand on y entre c'est violent. La violence du truc, quand tu atterris dans le truc tu comprends pas ce qui se passe.* »

Violence qui se caractérise surtout par « *l'attente* » et la suspension du « *temps ordinaire vécu* ». Le temps de la vie quotidienne qui s'arrête d'un coup impose une violence aux corps qui doivent maintenant « *patienter* » : « *Je veux dire y a une violence qui se fait dans l'attente et dans la patience comme moi j'ai dû faire pendant un an.* »

Ce qui peut apparaître comme radicalement différent de la vie quotidienne c'est le fait qu'à l'hôpital psychiatrique tous les jours peuvent être vécus comme identiques. Avec la particularité que cette quotidienneté répétitive soit caractérisé, en creux, par les images du « *néant* » et du « *rien* ». « *Ah là c'est le même jour tous les jours.* » Cela est illustré par les habilles qui sont toujours « *pareils* » et qui donnerait une image de soi et des autres toujours identiques : « *Tu te réveilles, tu te vois tous les jours habillé pareil. Tu vois les mêmes personnes qui sont habillées pareil aussi.* » Les discussions sont aussi inexistantes, à cause de ce quotidien où il ne se passerait rien, à cause d'une série de manques, notamment matériels, qui empêche d'avoir des activités sociales ; mais également par le fait qu'« *on ne sait pas quoi se dire* » ou « *qu'on a pas envie de parler* ». Ainsi, faire l'expérience de l'hospitalisation psychiatrique c'est également faire l'expérience d'un vide social. Maéva évoque l'impossibilité de communiquer avec certains pensionnaires de l'hôpital, qui sont décrites comme « *ailleurs* ». Ce qui lui fait penser que « *c'est vide un hôpital psychiatrique* », car « *les gens sont là, mais ils sont pas là* ». Ainsi, la vie quotidienne à l'hôpital psychiatrique « *ça devient un même jour* », une vie quotidienne marquée par l'ennui qui émerge et qui symbolise un temps excessivement long. Il est alors question d'attendre. Attendre en observant petit à petit les us et coutumes de ce dispositif très ritualisé destiné à modifier les comportements des patients contenus.

Corps malade et corps médical

Le vécu de l'expérience psychiatrique à hôpital est également associé à la *médicalisation de la vie*³. Au-delà des similitudes avec d'autres « *états d'enfermement* »⁴, explique Maéva, celui-ci peut être largement identifié par son « *cadre médical* » et le « *corps médical* » qui pose ce cadre. Il peut être illustré notamment par le fait de prendre des « *médicaments* », « *de se faire piquer* ». Ce cadre s'impose aux individus hospitalisés et avec lui le *pouvoir* qu'il a ou qu'il tente d'avoir sur les individus et leur corps.⁵ Néanmoins, l'acceptation de ces contraintes médicales ne va pas de soi et peut se caractériser par le refus, l'opposition. Ce

³ Ivan Illich, 1975.

⁴ Comme la prison que Maéva a également connue.

⁵ C'est un rapport de *pouvoir* qui se joue et s'institue entre le corps individuel des sujets psychiatisés et le corps médical constitué des médecins qui l'*incarnent* mais également de tout une série de « *relais* » (Foucault, 2003).

pouvoir psychiatrique ne se met pas en place sans tension et sans résistance comme l'explique Maéva : « *Tu peux pas accepter que t'es malade comme ça. Genre t'arrives le lundi et le lundi soir on te fout un traitement hyper lourd avec je sais pas combien de cachets, t'as jamais vu ça. Tu peux pas accepter. C'est compliqué. Moi je refusais de prendre le truc. Ils y passaient des heures. Franchement les premiers temps j'ai pas compris grand-chose. En fait, l'hôpital psychiatrique c'est pareil que la prison, ou qu'un autre état d'enfermement. La seule différence c'est qu'il y a un cadre médical. Donc soit t'acceptes le corps médical, soit tu l'acceptes pas. Y a des gens qui refusent de se faire piquer. Moi je fais partie de ces gens-là. J'accepte pas les médicaments, j'accepte pas la maladie, j'accepte pas de voir les gens mal. Ça me provoque des choses, ça me rappelle des souvenirs dont j'ai pas envie de me souvenir !* »

Comme l'explique Maéva dans cet extrait d'entretien, il y a des enjeux identitaires dans le fait d'accepter le cadre/corps médical qui caractérise spécifiquement l'enfermement en psychiatrie⁶. En effet, cet enfermement signifie être obligée d'être malade, expérience qu'elle associe à celle des « esclaves » à qui on impose cette identité par la force : « *Etre esclave c'est quand même particulier. T'es obligé de faire des choses. Ben c'est comme moi être malade en fait. Je suis obligé d'être malade. Mais est-ce que je suis dans la contrainte ? Ou est-ce que je suis enfermée ? Je réalise pas vraiment. Je suis malade, tu vois ? J'ai pas d'autres notions à l'heure actuelle. Je veux dire on m'a lavé le cerveau pour que je comprenne des choses comme ça, tu vois, pour que j'adhère à l'idée d'être malade* ». Il y a alors le sentiment d'être enfermé dans, réduit à cette identité de malade ; que toute sa vie quotidienne s'organise à travers elle. C'est aussi la stigmatisation que provoque cette assignation identitaire qui peut poser problème aux individus, car elle exclue et dévalorise : « *Si on était pas stigmatisé comme malade, je m'en foutrais d'être malade en fait. Putain, c'est pas un truc d'être malade ! Tous tes papiers ils tournent autour de ça, ta vie sociale elle tourne autour de ça. Qu'est-ce qui t'es arrivée ? Pourquoi ? Comment ? Ta famille qui a été mise au courant. Tout le monde ne vit que par ça après. Et t'as pris ton traitement ? Ca y est ta vie elle se résume à être malade. Non !* » Cette assignation unique et constante peut être vécue comme une épreuve.

Cet enfermement dans cette identité de malade peut d'ailleurs être vécu comme « *le pire enfermement qui existe, au-delà de la prison.* », vécu que Maéva dit partager avec toutes les personnes qui n'ont pas de perspective de guérison : « *Quand t'as la santé tout va bien, quand t'as pas la santé ça ne va pas. Et voilà, quand t'es malade ça y est t'es enfermé. Et surtout que moi, on me le dit, c'est à vie ! Ça ça fait plusieurs fois qu'on me le répète, "vous c'est à vie madame, c'est à vie". Ok c'est à vie. Laissez-moi tranquille, j'ai compris.* »

Accepter cette identité demande du temps et des moments où l'on pourrait s'en défaire. « *En fait y a des gens, je pense comme moi, qui ont besoin de répit dans le, dans le truc de maladie en fait.* » Cette réduction à l'identité de malade provoque une tension chez les sujets. Car la seule issue pour imaginer sortir de cette unique identité qui s'impose à eux est, paradoxalement, de s'y conformer. L'acceptation de l'identité stigmatisante associée à la maladie mentale permet paradoxalement de se projeter dans l'au-delà de la maladie, constituant une véritable injonction paradoxale⁷.

Néanmoins, ce sentiment d'enfermement dans le cadre médical et l'identité de malade qui lui est associée ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital psychiatrique. Même une fois sorti de

⁶ « *Et même les personnels des soins hospitaliers, quand ils nous rencontrent les premières fois et que nous on connaît pas ce milieu-là aussi, on arrive dans un truc où on sait qu'on va être malade, qu'ils vont nous le dire, qu'on va être traité comme tel, qu'il va se passer des choses, qu'on va pouvoir être attaché ou plein de choses comme ça ; qu'on va devoir prendre des médicaments.* »

⁷ Moscovici, 1996.

l'hôpital, le sentiment d'enfermement peut perdurer avec un sentiment intérieur plus oppressant encore. De nombreux patients vivent dans la cité, en dehors des murs de l'hôpital psychiatrique, avec des programmes de soins, restant ainsi maintenu à la contrainte avec des obligations strictes, dans un état de semi-liberté et de semi-enfermement, comme c'est le cas de Maéva. Le moindre manquement aux obligations légales de soin, peut entraîner un retour à l'hôpital manu militari : « *Moi je suis sous contrainte du Préfet. C'est un contrat avec la vie sociale presque. C'est soit je respecte le contrat... J'ai pas le droit de dire non. Si je dis non on va vraiment me considérer comme quelqu'un de très malade. Et on va certainement me ré-enfermer encore. Parce qu'on a décidé de me sauver. J'accepte. Ok. Mais c'est pas dit que je le ferai tout le temps.* » Ces propos montrent aussi la graduation dans l'identité de malade psychiatrique, entre ceux identifiés comme « malade » comparés à ceux « très malades » ; autrement dit, entre ceux qui acceptent et ceux qui refusent l'assignation identitaire. Et simultanément, on sent aussi toute la tension dans le rapport à cette contrainte légale⁸ ; la contrainte hors les murs serait alors une extension de cette injonction à accepter d'être malade et à se soigner.

Dépersonnalisation et réification des rapports sociaux

Maéva raconte les sentiments de perte de son « image » sociale et de dépersonnalisation produit par l'enfermement en psychiatrie. Là, « *du jour au lendemain ton image elle est plus lisible* » explique-t-elle. « *Tu n'es plus personne* ». Sa personnalité et ce qui la constituait socialement sont perdus dans ce contexte-là ; elle donne comme exemple des vêtements qui ne sont plus personnalisables mais les mêmes pour tous ; mais aussi ses droits en tant que personne dont elle a le sentiment d'être privés. C'est aussi l'exemple d'être appelé par son nom de famille par le personnel soignant, « *comme si c'était ton prénom* », ce qui « *dépersonnalise* » ; encore celui des professionnels de l'institution de soin avec qui il n'est pas possible d'avoir de réelles relations interpersonnelles. C'est finalement le sentiment d'être traité « *pas comme un numéro...* », mais presque, à travers la mise en place de protocoles médicaux.

L'enfermement à l'hôpital psychiatrique produit ainsi l'idée d'une homogénéisation de vie subjective, leur formatage voire leur conditionnement, leur enfermement dans quelque chose de commun. A l'hôpital psychiatrique nous dit Maéva « *c'est pour tout le monde pareil* » ; « *On n'est pas dans le cas par cas* ». Ou encore « *Y a pas de différences, ils nous traitent tous pareils.* » Elle relate cela de manière sensible : « *On est enfermé les uns sur les autres ! On ne voit que nous. On a aucun centre d'intérêt. On mange tous la même chose. Je sais pas peut-être qu'on sent tous la même odeur ? Non mais sérieux. Comme on a pas de produits, qu'on se lave tous avec le même produit. Comme en prison. On a tous le même produit, tous la même gamelle, tous la même heure de sortie, tous les mêmes possibilités, tous les mêmes contraintes, c'est compliqué à vivre. C'est ça être enfermé en fait.* »

Cette homogénéisation des vies, qui enferme les sujets dans un tout qui semble identique et qui les dépersonnalise, leur empêche aussi simultanément « *d'avoir accès à quelqu'un d'autre* » comme le précise Maéva : « *Le fait d'être enfermé les uns sur les autres c'est un peu ce qui se produit dans les télé-réalités en fait. Ils se mettent à tous coucher les uns avec les autres, à se balader en bikini. Pourquoi ? Parce qu'ils ne voyent que eux. En fait quand tu es enfermé quelque part tu n'as pas la possibilité d'avoir accès à quelqu'un d'autre.* » Ce sentiment de dépersonnalisation se joue également dans le vécu d'une perte de son intimité.

⁸ Maéva, à la suite de l'entretien effectué pour ce texte, a choisi de tendre vers un traitement par « injection retard », lui permettant de s'orienter vers un suivi plus léger au Centre Médico-Psychologique de secteur.

Cela renvoie au contrôle que l'institution souhaite avoir sur les sujets et à l'image du panoptique. Il n'y aurait plus d'espaces privés, à soi, y compris dans sa chambre : « *Moi j'ai été très choquée par la prison où on ouvre la porte de manière très violente, à n'importe quelle heure. Je l'ai vécu en prison, je l'ai vécu à l'hôpital. En fait on pénètre dans ma seule intimité que j'ai. En fait t'as plus d'intimité, ils rentrent dans ta chambre pour les prises de sang, pour des trucs, pour les machins. Et puis dès que t'as un problème de règles, de trucs t'es obligé d'en parler avec eux* ».

Risquer de « tomber dans la psychiatrie »

L'expérience de l'hospitalisation en psychiatrie est aussi caractérisée par l'image d'un combat et, par voie de fait, par la nécessité d'être fort et résistant pour faire face à cette épreuve. Maéva décrit les résidents du CHRS qui l'héberge depuis sa sortie de l'hôpital, comme des personnes qui « *se sont battus là où ils étaient* » (à l'hôpital psychiatrique) et qui ont su garder « *la tête sur les épaules* ». Il est sous-entendu qu'il ne faut pas « perdre la tête » quand on est pris en charge en psychiatrie. Maéva compare ses co-résidents à une autre catégorie de personnes hospitalisées en psychiatrie qui, elles, n'auraient pas eu cette force nécessaire pour faire face à la maladie mentale et à l'hospitalisation psychiatrique. Autrement dit, il y aurait besoin de volonté et de courage pour ne pas succomber face au risque de « *tomber dedans* » et surtout d'y rester. Cette peur de chuter et d'être dans l'impossibilité de remonter vers ce qui apparaît comme une surface où se joue la vie sociale instituée, normalisée, est notamment caractérisée par le fait de « *tomber dans les cachets* », « *comme [on tombe] dans la drogue* »⁹. Ainsi, il serait nécessaire de continuer à prendre soin de soi, notamment en prenant soin de son corps par des techniques d'hygiène, ne pas se « *ramollir* » physiquement et mentalement ; garder l'énergie vitale pour continuer à se protéger et à se projeter dans le temps et dans le monde. Car arriver à un niveau trop bas, quand les individus n'ont plus la force de se battre pour (s'en) sortir, il n'y aurait plus d'issue selon Maéva : « *En fait, jusqu'au bout je pense que tu chercheras à t'exprimer tu vois, et à sortir de la merde. C'est pas dans la nature humaine de se mettre dans la merde. Mais sauf que j'ai vu que pour des personnes, y a plus d'échappatoire, c'est fini.* »

Cette représentation de la psychiatrie à travers l'opposition haut/bas construit l'image de l'hôpital à l'intérieur duquel il y aurait des strates, des paliers ; et à l'intérieur duquel il y aurait des lieux qui seraient pire que d'autres en terme de psychiatisation et d'enfermement ; symboliquement et matériellement situés « *en-dessous* » ; dans des « *espèces de locaux souterrains* » ; « *limite si c'était pas des caves* » relate Maéva. Situés à un niveau inférieur, ils marquent un niveau supérieur d'enfermement et donc produisent une répulsion supplémentaire. Ces autres lieux où des « *choses se passent* » sont à la limite du représentable ; Maéva précisant « *Je sais que c'est quelque chose dont j'avais pas envie de parler* ». Elle évoque néanmoins la crainte qu'ils lui provoquent, renvoyant à la mort, la saleté, dont l'existence est difficilement réalisable : « *des endroits qui sont terribles, morbides et dégueulasses. Moi j'ai vu des trucs pas possibles.* » Ils « *choquent* », font peur, ils « *inquiètent* ». Ces lieux, bannis et à bannir dans son parcours de soins, sont aussi associés à une catégorie d'individus qui y sont enfermés. Ils peuvent être décrits à travers leurs comportements étranges – par le fait qu'ils gémissent, qu'ils chantent – et par le fait que ce sont des gens « *vraiment frappés* », qui font par exemple « *les moutons par la fenêtre* » explique Maéva. Ils sont mis radicalement en altérité dans son discours constituant un repoussoir auquel elle ne veut pas s'identifier. Là depuis longtemps et illustrant ceux qui sont

⁹ Comme cela peut également être le cas dans les expériences de la pauvreté (Béal, 2016).

« tombés » dans la psychiatrie, ils sont ceux en qui elle ne veut pas se reconnaître. Il y a une forme d'inquiétude, voire de terreur dans le fait de pouvoir être associé à cette strate de l'enfermement psychiatrique, qui nécessite de faire attention à son comportement « *Et ça m'a inquiété ! Je me suis dit "t'imagines je fais un truc qui leur plait pas ?" Imagine si ça se trouve y a des gens qui sont là. Et maintenant que je suis allée dans d'autres hôpitaux psychiatriques, y a des gens qui y sont depuis vingt ans et tout hein ! C'est un coup j'aurais pu rester enfermée ! Et je peux encore y retourner. C'est pour ça qu'il faut pas dire trop de choses inexactes. Faut mieux être dans le vrai. Mais là ça m'a choqué. Ca m'a vraiment choqué.* ». Ainsi, selon Maéva il y aurait une catégorie de patients dans laquelle elle s'inscrirait – « *parce qu'on a décidé de me sauver* » – et ceux qui auraient franchi un point de non-retour vers toute forme de vie sociale possible et qui n'aurait pas de perspective d'être « sauvés » et de sortir de l'hôpital psychiatrique.

« Être calme et patient »...

Au regard de l'épreuve que constitue l'expérience de l'hospitalisation psychiatrique, Maéva la résume par deux traits de personnalité qu'il conviendrait d'adopter dans ce contexte : « *l'enfermement c'est être calme et patient* ». Cette représentation renvoie à une représentation du corps qui doit se contrôler, se discipliner. Un corps qui est tenu de bien se tenir ; qui doit s'auto-contrôler. Cette représentation de l'enfermement s'inscrit encore dans une image du corps dans le temps. Le calme s'oppose à l'excitation, à l'agitation. Être calme correspond à l'objectif normatif de l'institution psychiatrique qui est d'abord, expliquait Foucault, « la victoire » sur « la force du fou », sur « l'insurrection de la force » ; sur « un pouvoir menaçant qu'il s'agit de maîtriser ou de vaincre »¹⁰. Maéva évoque ainsi le risque d'être soumise à une mauvaise interprétation de ce qu'elle dit, avec la nécessité d'être dans « le vrai », mais aussi de sa manière de communiquer, dans laquelle les médecins pourraient voir des signes plus inquiétant de folie, vis-à-vis de l'injonction à être et se maintenir calme : « *Tout de suite l'enfermement tu sais que tu as intérêt d'être calme et d'être patient en fait. D'entrée de jeu. Pour ma part c'était comme ça. Peut-être parce que moi j'ai un caractère fort et que du coup je me dépense, enfin je parle avec les mains, et cetera. Mais ça pouvait être, pas mal interprété, mais ils auraient appliqué un protocole (...).* »

Etre calme et patient apparaît ainsi comme une connaissance de ce qui est attendu par le pouvoir psychiatrique : « *le protocole infirmier ou le protocole médical, c'est ce qu'ils cherchent à faire* » précise Maéva. Mais il est aussi possible de lire cela non seulement comme une connaissance, mais comme une *stratégie* à adopter pour améliorer ses conditions de vie dans cette institution. Au risque, si on ne s'y résout pas, de voir son cas s'aggraver : « *si t'es pas calme t'empire ton séjour. Tu finis en chambre d'isolement. Tu finis attaché. Tu finis avec des traitements lourds. Tu prends des piqûres. Tu partages plus les temps de repas avec les autres. Tu peux vivre un truc pfff.* » Ainsi, à la « tactique du corps médical » pour dompter cette puissance corporelle préjugée des personnes psychiatisées, pour reprendre les mots de Foucault, apparaît la tactique des patients de la psychiatrie qui s'y conforment. Il s'agit de « *faire ce qu'on me dit* », tout en faisant « *ce que je veux en fait* » explique laconiquement Maéva. Il s'agit par exemple de rester « *discrète* » pour ne pas que ses comportements apparaissent comme une « *inquiétude* » au regard des soignants ; ou de jouer à « *cache-cache* » avec l'institution et de se faire « *lisse* » auprès de ses représentants : « *Puis quand t'es discrète, ça se passe mieux hein. Enfin moi je trouve. Parce que les gens s'inquiètent pas de ton comportement. Ils se disent pas que tu vas péter un câble ou quoi que*

¹⁰ Michel Foucault (2003, p. 8)

ce soit. De toutes façons, moi déjà quand j'étais petite, à cache-cache j'étais très forte (rire), je savais très très bien me cacher et je pouvais me cacher pendant des heures et attendre, et ça me posait aucun problème. Et je crois que j'ai fait un espèce de mécanisme comme ça dans cette période-là je me suis un peu cachée. Un peu cachée ouais. »

...Et « clamer » la justice

Malgré cet appel au calme imposé par la vie collective dans l'institution psychiatrique, apparaît aussi le fait de ne pas forcément accepter en tant que tel un certain nombre d'injustices vécues dans le cadre de cet enfermement. Face à elles, émerge une volonté de revendiquer la justice, ses droits individuels ou la conscience que l'on en a. Dans l'expérience de l'hospitalisation, émergent donc également des conflits avec l'institution et ses acteurs. Dans ces situations Maéva dit qu'elle n'est plus « *dans la conversation* », mais dans une « *rébellion* ». Elle donne l'exemple du sentiment d'injustice qu'elle a éprouvé dans le fait de ne pas avoir accès à des rasoirs pour se raser, « *protocole qui s'applique à tout le monde* » ; mais qui peut avoir un effet sur la santé mentale des patients : « *Non mais c'est important pour toutes les filles. Parce que quand tu les vois les autres qu'elles ont les poils sous les bras depuis trois mois, je te garantis que ça leur fait quelque chose et qu'elles sont pas bien, elles ont pas envie de rigoler. Ça les fait plus rire ! Quand on t'interdit d'avoir des rasoirs alors qu'à la base t'as peut-être pas été pris pour suicide ou tu vois. Et c'est juste que c'est un protocole qui s'applique à tout le monde. Souvent t'as tendance à répondre je pense un peu de manière adolescente, où tu es un peu dans la rébellion, et tu dis "mais comment ça j'ai pas le droit d'avoir mes rasoirs !! Mais tu crois que je vais faire quoi avec mes rasoirs ?!" En fait t'as plus envie d'être dans la conversation. T'es juste dans la rébellion, tu te dis "oh quand même !" »*. S'il est nécessaire d'être calme, il serait aussi nécessaire, dans certaines situations, de *clamer* : « *Je clamais* » explique Maéva, précisant : « *Moi j'étais pas dans la demande* ». « *Je clamais ce qui se passe. Je disais "y a pas de rasoir ! Comment je fais ?!" Je leur disais "mais comment ?" Je leur expliquais qu'il manquait des choses, qu'il fallait des choses. Et ça partout où je suis passée. Et ça même dans mes délires hein.* » Ce sont deux registres d'action qui sont opposés : l'action de clamer s'inscrit dans un sentiment d'injustice et dans le registre du droit ; alors que dans la demande, on est davantage dans le registre de la charité, instituant une certaine allégeance envers le pouvoir psychiatrique et ses agents.

Selon Maéva, ces réclamations s'inscrivent dans le droit fondamental d'être libre de s'exprimer, de pouvoir dire ce que l'on pense. Liberté d'expression qui se formalise aussi dans la possibilité de ne pas s'exprimer dans le cadre de l'enfermement psychiatrique. Il y a la conscience chez elle d'être libre de s'exprimer ou non, dans ce contexte d'enfermement et de contrainte : « *Liberté d'expression c'est aussi se taire en rendez-vous avec les psychiatres. Moi j'ai des rendez-vous, je suis arrivée "je suis désolée aujourd'hui je ne vous parle pas."* » Comme un moyen aussi de résister à l'enfermement et ses obligations, notamment à celle de se raconter. Cette liberté gagnée à certains endroits n'enlève pas la réalité de l'enfermement, mais elle l'aménage : « *Ben en fait dans l'enfermement ils te la donnent la liberté. Sauf que toi tu connais pas quand t'arrives. T'as une certaine liberté. Moi je te parle de ce qui est positif. Mais t'es quand même enfermée. Tu l'oublies pas ! Tu le sais.* »

Cette capacité à réclamer permet également de montrer au personnel soignant qu'il y a « *une partie qui n'est pas malade* » chez soi et de se distinguer de ceux qui sont « *complètement assommés* ». Cela participe au fait de montrer qu'on fait partie de ceux qui peuvent être « *sauvés* ». Néanmoins, cela comporte aussi le risque de son montrer comme quelqu'un qui perd son calme et donc craindre de se voir davantage enfermé par l'institution hospitalière. Car la construction sociale d'une affaire contient toujours le risque de voir son sentiment d'injustice et sa revendication renvoyés à de la folie, notamment à un sentiment de

persécution.¹¹ Il y a donc dans ces actions de revendications la nécessité de clamer de manière attendue, sans que cela soit vu comme un symptôme psychiatrique auquel on renverrait le sentiment d'injustice.

Etre enfermé et être libre par tous les moyens

Finally, dans le contexte de l'enfermement psychiatrique, il y aurait constamment une recherche de formes de liberté, partout où elle peut se trouver ou se créer. « *En fait tu cherches la liberté partout je crois quand t'es dans un hôpital psychiatrique* », y compris, dans tous les interstices de la vie quotidienne, dans les petits riens, des « *trucs tellement innocents* ». « *Tu trouves tous les subterfuges* » par rapport à l'institution et sa vocation totalitaire et contraignante ; « *donc si tu peux gruger un médicament, tu vas gruger un médicament* » ; ou « *si tu veux manger un paquet de gâteaux* », il va être mangé de manière « *boulimique* »¹². On peut aussi refuser de s'habiller en pyjama tous les jours, comme le protocole le demande. De manière générale, il faudrait « *bouger* », « *vivre au maximum* », « *profiter* » dans cet enfermement, pour faire face au risque de « *renfermement* » dans cette « *répétition dans le néant, dans le rien* ». Cela se joue beaucoup selon Maéva à travers la construction de liens avec les autres qui sont identifiés comme étant de l'extérieur de l'institution, y compris les soignants, en « *parlant au maximum avec des gens* », en partageant « *du temps* » avec eux pour être en contact avec le monde extérieur où on souhaite migrer. « *Moi c'est ce que je disais aux patients la semaine dernière quand je suis allée les voir, je leur ai dit. Parce que j'en vois qui se laisser aller, qui veulent plus sortir, qui se renferment encore plus. Et qui me disent "on a pas de libertés et tout". Moi je leur ai dit "tu sais quand tu rencontres les gens qui viennent de l'extérieur, les travailleurs sociaux, les gens (comme vous) qui viennent à l'hôpital, profites-en, parle avec eux, dis bonjour, fais quelque chose. Parce que ces gens-là ils continuent de vivre, ils sont dehors et tu vas les rejoindre.* » Ainsi, se libérer ou « *continuer à vivre* » dans ce contexte d'enfermement c'est ne pas se « *renfermer* » sur soi-même, mais s'ouvrir aux autres.

Néanmoins, cette perspective-là nécessite paradoxalement de *faire avec* l'enfermement, afin de « *vivre de toutes façons* » : « *Mais en fait je pense que toutes les personnes qui ont été enfermées ou qui ont été dans la patience ou qui ont été des sages, ou ce genre de personnes, en fait ils te diront que t'as pas le choix que de vivre de toutes façons ! Où que tu sois en fait, avant qu'on te tue. Donc soit tu fais avec ce que tu as, soit voilà.* » Liberté qui peut donc aussi se construire, à l'extrême et de manière « *bizarre* », dans l'apprentissage d'une forme de « *sagesse* » vis-à-vis de l'enfermement et des contraintes qu'il fait peser sur les corps ; à l'image « *de ceux qui font le jeûne pendant des jours et des jours et des jours* » et qui imposent à leur corps un certain nombre de restrictions. Il y aurait quelque chose de l'ordre de la « *nature* » humaine qui s'imposerait dans ce contexte d'enfermement nous dit Maéva ; un désir de liberté qui émergerait naturellement dans cette situation. A l'image d'une personne qui ne pourrait plus marcher et qui aurait pour seul souhait de remarcher, Maéva pense que quand tu es enfermée « *tu veux juste sortir* ».¹³ Un désir de liberté tellement puissant qui pourrait conduire, à l'extrême, à l'idée de « *tout plaquer* » : « *Et je pense que moi je me*

¹¹ Boltanski, 1990.

¹² Ils seraient « tous malade de ça là-bas » précise Maéva, « ça » pouvant autant être renvoyé aux paquets de gâteaux qu'à la liberté.

¹³ A l'image de ce que montrait Goffman dans *Asile*, ou dans ce que laisse à voir le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou*.

considère comme quelqu'un de très libre. Je pense que je suis quelqu'un de très libre. Et que j'ai toujours gagné cette liberté depuis mon plus jeune âge. Et qu'en fait, j'aurais beau avoir toutes les contraintes du monde et tous les enfermements du monde, je resterai quand même une des personnes les plus libre. Donc je m'en fous, la patience c'est pas un problème en fait. Faut pas essayer de chercher une échappatoire dans la psychiatrie, parce que moi comme ils m'ont dit y en aura pas. Par contre je peux juste dire un jour eh ben je plaque tout, je fous tout en l'air et je vous emmerde. Voilà. Je prends pas de médicaments, je me soigne pas. Je suis malade, je suis pas malade, c'est pareil ».

Conclusion

Cette représentation de l'enfermement dans le champ de la psychiatrie, ancrée dans l'expérience vécue d'une de ses usagères, fait émerger les enjeux psychologiques *et* sociaux qui caractérisent la prise en charge psychiatrique des troubles mentaux. D'une certaine manière, il fait écho aux observations de Michel Foucault sur le « pouvoir psychiatrie » (2003), mettant en jeu le corps médical et le corps des personnes psychiatisés. Il y a une volonté de prise de pouvoir sur ces derniers, leur assignant une identité stigmatisée de malade, mais qui ne se laisse pas toujours faire. Pouvoir auquel il faut paradoxalement se conformer afin d'envisager une libération, du moins une réduction de cet enfermement. Aussi, le parcours de soins dans le domaine de la psychiatrie est marqué par une représentation stratifiée de la prise en charge psychiatrique et de ces publics. Il s'inscrit dans une distinction de différents degrés d'enfermement et de contrainte, renvoyant à différentes catégories de personnes hospitalisées et psychiatisées. En effet, si Maéva évoque son sentiment d'être stigmatisée en tant que « *malade* », elle stigmatise elle-même des niveaux d'enfermement et de maladie mentale plus forts, qu'il convient de maintenir dans le domaine de l'étrange pour s'en protéger. Le fait de ne pas se reconnaître dans cette sphère sociale, mise en altérité (Jodelet, 2005) à travers des signes de mort sociale, est nécessaire dans une perspective de réinsertion. Ainsi, cette manière d'envisager son expérience du soin en psychiatrie, renvoie à des capacités que doivent avoir les sujets pour pouvoir se distinguer et être identifiés parmi ceux qu'il faudrait « *sauver* » : capacités de se clamer et clamer. Maéva relate finalement, comme le montra Erving Goffman (1975) dans sa description microsociologique de l'*Asile*, que « *l'internement c'est l'enfermement, mais l'enfermement ce n'est pas l'enfermement* ». Notons, pour conclure, que la perspective compréhensive que nous avons adoptée dans ce texte s'inscrit dans la volonté affichée des politiques publics de prendre en compte le point-de-vue des personnes directement concernées, évolution législative et institutionnelle qui reste considérablement perfectible.

Bibliographie

- Boltanski, L. (1990). *L'amour et la justice comme compétences*. Paris : Editions Métailié.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*. Paris : Gallimard.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Editions de Minuit.
- Ivan Illich, (1975) *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Seuil.
- Jodelet, D. (2005) Formes et figures de l'altérité. In M. Sanchez-Mazas & L. Licata (dir.), *L'Autre : Regards psychosociaux*. Grenoble : Les Presses de l'Université de Grenoble, pp. 23-47.

Moscovici, S. (1996). Communications et représentations sociales paradoxales. In J.-C. Abric (ed.), *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 19-22). Saint-Agne : Erès.