



HAL
open science

Réfléchir l'écho psychotique

Samuel Lézé

► **To cite this version:**

Samuel Lézé. Réfléchir l'écho psychotique. Fabrice Fernandez; Samuel Lézé; Hélène Marche. Le langage social des émotions. Etudes sur les rapports au corps et à la santé, Economica-Anthropos, pp.289-319, 2008, Sociologiques, 978-2717856439. halshs-04014726

HAL Id: halshs-04014726

<https://shs.hal.science/halshs-04014726v1>

Submitted on 4 Mar 2023

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.

- Goffman E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1. La présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, Coll. « Le sens commun ».
- Hugues E. (1996), *Le regard sociologique*, Paris, EHESS.
- Kalinowski I. (2005), *Leçons wébériennes sur la science et la propagande*, Marseille, Agone, Coll. « Banc d'essais ».
- Regards sociologiques*, n° 32 (2006).
- Rimbert G. (2005), « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, n° 54, p. 93-104.
- Rimbert G. (2006), « "Taisez-vous, vieille folle !" L'auto-contrôle des émotions en maison de retraite », *Face à face. Regards sur la santé*, n° 9 : « Émotions, corps et santé : un gouvernement par la parole ? », octobre.
- Thomas H., Saint-Jean O. (2003), « Boire de l'alcool en institution. Un privilège témoin de la citoyenneté ? », *Gérontologie et société*, n° 105, p. 151-160.
- Zunigo X. (2003), *Volontaires chez Mère Teresa. « Auprès des plus pauvres d'entre les pauvres »*, Paris, Belin, Coll. « Sociologiquement ».

9. Réfléchir l'écho psychotique

Notes sur l'usage de la psychanalyse dans un hôpital de jour pour adolescents

Samuel LÉZÉ

« [Après Asiles], tous ce qui s'est écrit dans ce domaine relève essentiellement de la note de bas de page »

Erving Goffman

Dans un compte-rendu de lecture portant sur l'ouvrage de l'anthropologue australien Robert Barret (1998), l'historienne de la psychiatrie Jan Goldstein (1997 : 1508-1509) signale cette petite phrase prononcée par Goffman lors d'une cession d'ethnographie psychiatrique du congrès de l'Association Américaine de Sociologie en 1978. Si l'immodestie de Goffman à l'égard des travaux ethnographiques de son époque peut se comprendre, le jugement d'approbation de Goldstein est pour le moins étrange de la part d'une historienne qui réduit ainsi l'apport ou la portée de cette étude anthropologique. Son propos ne vise pas seulement la nature des travaux ethnographiques en milieu hospitalier ou la construction sociale de la schizophrénie dont elle reconnaît volontiers chez cet auteur toute la précision et même l'ampleur du travail effectué, mais la psychiatrie que décrit Barrett à la fin des années 1980 qui n'aurait pas fondamentalement changé depuis les années 1960..

Il me semble que le petit travail de terrain que j'ai effectué dans un hôpital de jour pour adolescent, s'il n'est peut-être qu'une note de bas de page à *Asiles*, pourrait constituer un élément pour nuancer cette vue, même s'il ne fait aucun doute que sur la longue durée et malgré la transformation des institutions psychiatriques, la psychiatrie rencontre les mêmes problèmes à résoudre. Conformément à mon approche anthropologique, mon angle d'approche sera plus proche du Goffman de « la Folie dans la place » (Goffman, 1973 : 313-361) ou de l'Analyse des cadres (Goffman, 1991) que de celui d'Asiles (Goffman, 1968). Je souhaite montrer comment les usages de la psychanalyse dans une institution psychiatrique contemporaine ne mène pas à la construction de cas (Goldstein, 1997 ; Luhrmann, 2001), objet de savoir et de soin, mais à l'inverse vise à la production collective de sujets, la question étant de savoir comment s'opère cette transformation¹³⁴ ? C'est à travers le travail moral mis en œuvre par l'équipe et un régime d'autorité énonciatif incarné par le médecin-directeur psychanalyste que je souhaite montrer la fonction régulatrice de la psychanalyse.

Lorsqu'elles n'en recherchent pas l'étiologie (Bastide, 1965), les sciences sociales abordent ordinairement la folie par l'étude des *catégories* nosographiques¹³⁵ ou des *expériences* de patients¹³⁶. Or, plutôt que de construire un

134. Je m'appuie aussi sur l'analyse comparée de communautés thérapeutiques menée en Grande-Bretagne, cf. Bloor, McKeganey, Fonkert, 1988.

135 Deuxième posture, critique, que j'ai identifié dans un article récent sur la sociologie de la santé mentale en France (Lézé, 2007). Par exemple la théorie des labels de Thomas J. Scheff (Scheff, 1999 [1966]). Voir aussi l'approche critique de Nikolas Rose (Rose, Miller, 1986 ; Rose, 1989 ; Rose, 1996).

136. Voir la théorie phénoménologique de Corin E. (Corin, 1993 : 5-20). L'école nord-américaine d'anthropologie psychiatrique est fortement inspirée de l'anthropologie symbolique de Clifford Geertz.

objet véritablement anthropologique (Sicot, 2006 : 203-232), ces approches ont tendance à le dissoudre par des présupposés critiques ou cliniques. Je fais l'hypothèse, dans le sillage d'Erving Goffman, que la psychose (Delille, 2002 : 223-233) est une « pathologie de l'interaction », les infractions provoquant sur l'entourage immédiat des affects (embarras, malaise, peur, affolement, trouble, etc.) rappelant ainsi l'existence d'un ordre moral qu'il s'agit pour l'anthropologue de rendre intelligible¹³⁷. Cette perspective satisfait aux exigences de rupture avec deux prénotions savantes : le *constructionnisme* naïf des sociologues (qui peut en venir à dénier la réalité de la psychose en étudiant exclusivement les discours *sur* la folie) et la conception de la folie des psychiatres qui est un *état interne* d'un individu et l'objet exclusif d'une spécialité. Je souhaite donc interroger les mises en forme de l'accompagnement émotionnel et notamment l'usage de la parole pour l'expression légitime des émotions à partir d'une cadre-analyse de l'activité thérapeutique d'un hôpital de jour pour adolescents et montrer comment mon travail de terrain (qui recueille nombre d'affects dans un journal, la question des affects étant une dimension centrale¹³⁸) et l'équipe de soin s'orientent dans une expérience énigmatique et fragmentaire qui fait perdre, aux uns et aux autres, la *boussole*. Comment ne pas la perdre ? Comment *faire face* à la folie lorsqu'elle ne cesse de nous faire perdre notre sens

137. Voir en particulier (Young, 1995 : 218-223).

138. Je suis le précepte de Florence Weber et Stéphane Beaud : « Soyez choqué, furieux, content, ravi. Cela aide à observer » (Beaud, Weber, 1997 : 157) et de l'anthropologie des soins par la parole Favret-Saada (Favret-Saada, 1990 : 3-9). Si je tiens pour essentiel le recueil de mes affects dans mon journal de terrain, ce n'est pas pour me « chatouiller le narcissisme » ou participer à ce travail de subjectivation de soi. Il s'agit d'un double travail d'objectivation : des principes de nos jugements bouleversés par la folie et des normes valorisées par l'institution : ressentir pour exister.

commun ? Cette question recouvre deux problèmes pratiques :

Comment *soutenir* au quotidien ce qui constitue bien plus qu'un problème de désignation (label) et de déviance, un *ravage* de l'ordre social et des cadres de l'expérience sociale (Joseph, 1996 : 17-36) ?

Comment concrètement *soigner* la folie après avoir donné des médicaments et lorsque c'est possible, fait entreprendre une psychothérapie ?

La réponse choisie par cette institution est de suivre un modèle psychanalytique attentif aux *affects* des membres de l'équipe qui s'expriment par la parole ou des prises de position lors des réunions de synthèse. Dans cette perspective, la psychose ne se réduit ni au diagnostic qui figure sur le dossier d'entrée et de sortie du patient ni à son expérience singulière. C'est une « expérience collective » de *totalisation* des fragments du quotidien sujette au changement dont l'écho se réfléchit dans chacun au gré de situations diverses et contingentes, cette « réflexion » étant l'une des modalités du « soin ». Dans ce cadre, la technologie psychanalytique de gestion des affects ne se porte pas (ou pas seulement) sur les patients *directement*, mais en partie *indirectement* par l'équipe thérapeutique elle-même. La psychanalyse exige un double *engagement*, celui des soignants comme celui des soignés. C'est le médecin directeur, psychanalyste, dont l'autorité est forgée au quotidien, qui est le garant de ce modèle qui *valorise* l'énonciation publique des affects non seulement des patients, mais aussi des membres de l'équipe lors de la réunion de synthèse, les ateliers, les sorties. De ce fait, le registre de l'affect relève d'une analyse des activités *normatives* collectives, d'un travail moral de bonne parole, pleine et authentique dont il faut décrire les modalités pratiques.

Le qualificatif « psychanalytique », qui permet de distinguer des modèles thérapeutiques concurrents, pose néanmoins plus de questions qu'il n'en résout. En supposant une cohérence idéologique, il *classe* l'activité, mais ne l'explique pas. Ce sont bien souvent les acteurs eux-mêmes qui l'utilisent comme catégorie pour parler de leur pratique ou s'opposer à d'autres modèles. Mais il ne permet pas d'étudier les *degrés* d'usages, les façons de faire très différentes, voire divergentes, de deux institutions qui partageraient le même modèle, mais non la même *histoire*. On ne peut s'en satisfaire. Qui plus est, ce serait commettre l'erreur de considérer le modèle comme *donnée* et de partir à la poursuite des *sur-interprétations* psychanalytiques dont la sociologie de la psychiatrie raffole. Sur ce terrain, et pour des raisons liées justement à l'histoire de cette institution¹³⁹, la psychanalyse *ne se dit pas*, elle se *montre*. Je propose donc de rendre intelligible *l'activité thérapeutique* (Ogien, 1989 : 9-27 ; Rhodes, 1991) telle qu'elle s'effectue dans de multiples circonstances *contradictoires* et *fragmentaires* en décrivant les mises en forme de l'accompagnement émotionnel des patients comme des soignants. *L'intrication* de cette pratique et la façon de concevoir la catégorie « psychose » comme une *expérience* spécifique apparaîtra, je l'espère, tout au long de mon exposé.

139. Une psychologue me raconte en substance la naissance du projet thérapeutique du lieu. À l'origine de cet Établissement il y a un artiste-sculpteur chevronné et un jeune psychiatre-psychanalyste. Le rapport d'expérience et de force est du côté de l'artiste qui fait une chasse à la surinterprétation psychanalytique. Ainsi, si la psychanalyse a sa place en réunion de synthèse et dans le projet d'établissement, la psychanalyse n'est pas le discours dominant de cette institution, mais l'attention à l'expérience de la folie, sa mise en forme et son accompagnement.

Ceci n'est pas un hôpital

Le travail de terrain que j'ai effectué sur une période d'un an et demi en 2004-2005 correspond à trois mois de recherche intensive. Mon entrée sur ce site est liée à une *occasion* que j'ai saisie lors d'un entretien réalisé avec un psychanalyste, directeur de cet hôpital. Il avait autrefois proposé à une anthropologue de l'EHESS d'envoyer un étudiant faire une recherche au sein de son institution, mais sa demande n'avait eu aucune suite¹⁴⁰. Aussi s'agit-il « d'un vieux rêve » qu'il aimerait réaliser avant son départ à la retraite. Je lui propose donc de venir faire un « travail de terrain » : « oui, ce serait assez drôle de voir avec vos propres instruments, diagrammes¹⁴¹, etc. comment fonctionne une équipe pluridisciplinaire. » Dans la négociation, très rapide et simple, il trace néanmoins les contours de *l'objet* et même, la méthode : l'équipe et non les patients. Il doute que mon approche par entretien puisse s'appliquer à *son* hôpital, nous convenons donc d'une observation participante en qualité de stagiaire¹⁴² psychologue qu'il qualifie d'emblée comme *atypique*. La question de mon *statut* est débattue avec la directrice adjointe de l'hôpital pour des raisons d'*assurance*, mais aussi de *sens*. Ma présence ne fait pas problème et même *arrange* : les stagiaires masculins se font rares en psychologie clinique et mon genre permet une forme d'équilibre auprès des adolescents. Je sers en partie de transition entre le départ d'un psychologue psychothérapeute et le recrutement d'un nouveau qui doit absolument être un homme. L'existence d'une équipe *pluridisci-*

140. Il semble qu'elle n'a pas considéré le terrain comme légitime d'un point de vue anthropologique.

141. Il garde en mémoire une thèse d'anthropologie employant une méthode structurale.

142. Je suis donc soumis au « secret médical d'équipe et au respect de la Charte du patient hospitalisé ».

plinaire de 24 personnes est une condition de mon intégration. La *différence* est en soi une valeur positive et thérapeutique. Il est décidé de me confier à un « maître de stage » lui-même *atypique* (il est noir, psychanalyste et ethnopsychiatre) qui sera chargé de me rencontrer de temps à autre pour suivre l'évolution de mon travail de recherche. Lors de « l'assemblée des ados » qui réunit tous les membres de cette petite communauté d'environ 50 âmes, il me faut encore me présenter et expliquer la raison de mon travail. Pendant près d'un mois, je suis l'observateur *observé* par les adolescents et les soignants.

Initialement, je n'avais donc pas du tout prévu d'étudier les usages institutionnels de la psychanalyse et je n'étais pas préparé à un travail en milieu psychiatrique. Le premier jour de mon entrée, le médecin directeur me pose *la* question qui servira de fil rouge à mon observation. Il ne m'a jamais demandé si j'avais l'expérience d'une cure personnelle comme la plupart des stagiaires psychologues, mais avec une évidence encore plus surprenante : « avez vous déjà eu l'expérience de *la* psychose? ». En bredouillant maladroitement un bref *non*, je me suis interrogé si ce n'était pas une compétence qu'il fallait avoir personnellement et pourquoi il ne distinguait pas simplement l'expérience du patient de celui de l'équipe à travers un simple : il est psychotique¹⁴³, il est malade et nous sommes l'équipe médicale. Même dans le cas d'un proche qui aurait eu une psychose, je n'aurais pas dit que j'avais eu l'expérience d'une psychose, mais

143. Selon les statistiques de l'Établissement, le diagnostic des adolescents se répartit en 13,5 % d'anciennes psychoses de l'enfance, 46,5 % de dysharmonies de l'enfance, 26,5 % de décompensations psychotiques de l'adolescence et 13,5 % de personnalités « limites ». Le statut socioprofessionnel des parents se répartit en moyenne ainsi 38 % = employés, ouvriers, 35% = artisans, cadres moyens, enseignants, 19 % = cadres supérieurs, patrons, professions libérales, 8 % = chômeurs, D.M. 1998.

l'expérience d'ũ soutien d'un proche atteint d'une maladie mentale. Sans être préparé à ce travail, c'est pourtant dans ce cadre que j'ai pu préciser et parfois compris les matériaux recueillis pour analyser l'espace politique de la santé mentale, la dimension militante de l'engagement freudien, et même, une partie de la carrière morale des problèmes personnels qui se situent dans un espace thérapeutique hors institution. Mon entrée sur le terrain est repoussée de deux mois en raison de la procédure d'accréditations qui met son équipe sous pression. Ce n'est pas le meilleur moment, selon lui, d'introduire un observateur de plus qui poserait des questions en fourrant son nez partout.

Situation et organisation

Cette description *naïve* est issue des premières pages de mon journal de terrain. Je découvre ce qu'est un hôpital de jour et son organisation. Je me dis immédiatement que *ce n'est pas* un hôpital.

L'hôpital occupe trois étages dans un immeuble d'habitation ordinaire. Le sous-sol se compose d'une cuisine et de la salle de réfectoire où se déroulent les déjeuners ou l'atelier de gymnastique. Au fond, la salle de l'équipe, seule coulisse *interdite* aux adolescents où une partie du personnel peut *souffler* ou se replier pour le déjeuner. L'autre partie du personnel s'occupe du service ou mange avec les adolescents. Le rez-de-chaussée s'organise autour de l'entrée principale et d'une salle d'attente dont les bancs en bois ont certainement été récupérés dans d'anciens métros de la RATP. Un long couloir laisse deviner une longue suite de salles : le bureau de l'assistante sociale et des bureaux où se déroulent des psychothérapies et, *surprise*, des salles de

cours puisque je comprends que les adolescents doivent aussi suivre une scolarité. (Je note l'objet de l'établissement : « L'hôpital de jour reçoit des adolescents ayant de graves troubles psychiques, présentant une efficience intellectuelle leur permettant de poursuivre une scolarité avec projets individuels de la sixième à la Terminale. ») Un détail important, les portes sont « pleines », contrairement à celles du premier étage qui disposent toutes d'un *hublot*. À cet étage, il y a une salle de dessin qui est aussi une salle d'atelier thérapeutique, une autre est consacrée à une salle de musique et un établi. Les deux suivantes (sans porte) sont ouvertes : le médecin directeur m'indique qu'il s'agit de *lieux de vie*. Dans la première se trouvent un baby-foot et la possibilité de faire du ping-pong. Des casiers permettent aux adolescents de ranger leurs effets personnels comme leurs affaires scolaires, des bancs et des chaises permettent de se réunir pour discuter. Dans la deuxième, il y a une bibliothèque et le coin fumeur. Au fond du couloir, le bureau de la direction et l'infirmerie. Aucune *marque* n'indique qu'il s'agit d'un hôpital de jour, à l'exception du « sas » d'entrée qui fait songer à une entrée d'un centre administratif où une secrétaire gère, entre autre, les entrées et les sorties. Curieusement, le lieu n'est pas médicalisé : il n'y a pas l'odeur caractéristique des détergents hospitaliers ou la couleur bleu-vert, ni ... de *lits* auxquels j'associais spontanément l'idée d'hôpital¹⁴⁴ (il s'agit bien d'un hôpital de jour). Le personnel ne se distingue pas par une blouse. Je peine à fixer et retenir le flux de prénoms que l'on me présente rapidement, soignés comme soignants. L'équipe d'une vingtaine de personnes (agent d'entretien, infirmière, animateur d'éducation physique et artistique, psychopédagogue,

144. Dans ce cadre, l'hospitalisation d'un adolescent à l'hôpital psychiatrique est le fruit d'une crise et d'une rechute qui alarme l'ensemble de l'équipe.

psychanalyste, secrétaire, directrice adjointe, médecin directeur et...une bonne dizaine d'enseignants) semble aussi nombreuse que les adolescents que je décompte : environ une trentaine. Je suis vite troublé par le comportement et l'apparence, ordinaire, des soignés : en quoi sont-ils malades ?

De 9h00 à 16h30¹⁴⁵, le temps est formellement organisé par trois types de « réunion » : 1. *thérapeutique*. En premier lieu, les *ateliers* thérapeutiques autour d'une activité artistique ou corporelle. Certains ateliers sont ouverts à tous les adolescents, les autres sont fermés sur un petit groupe. Ensuite, les *psychothérapies* avec un psychanalyste vacataire. Enfin, l'*Assemblée générale des ados* (bimestrielle) qui est un lieu intermédiaire d'apprentissage de la *citoyenneté* qui rassemble soignés et surtout soignants, directeur médical y compris. La *Réunion des parents* du samedi est aussi considérée comme un lieu de parole thérapeutique. 2. *clinique*. Je suis présent tous les jeudis car en plus de l'atelier d'écriture auquel je me trouve naturellement associé le matin, je peux assister à la réunion de *synthèse clinique* et à la réunion d'*équipe* (hebdomadaire) dans l'après-midi. Il y a aussi un séminaire théorique une fois par mois. Le vendredi, a lieu une réunion d'évaluation de la prise en charge des adolescents. 3. *scolaire*, ce sont les cours dirigés par neuf enseignants du secondaire à temps plein. À ces trois types, il faudrait ajouter l'ensemble des « micro-réunions » que tissent les multiples échanges entre membres de l'équipe lors de leur présence ou déplacement dans l'espace collectif et surtout *public* de l'hôpital. Comme sur la place du village, tout se voit, tout finit par se savoir.

145. Les lundis, mardis, mercredis et vendredis de 9h à 13h les samedis et jeudis (le jeudi après-midi est consacré aux réunions de l'équipe soignante et enseignante)

Statut de l'établissement

Ouvert au début des années 70, cet établissement de psychiatrie infanto-juvénile agréé par l'*Agence Régionale d'Hospitalisation* (ARH) et l'*Éducation Nationale* comme établissement de Cure est géré par une Association loi de 1901 reconnue d'Utilité Publique avec trois autres institutions : un Hôpital de jour pour enfants (1965) ; un Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP, 1966) ; un Institut Médico-Pédagogique et Médico-Professionnel (IMPIMPRO, débuts des années 1990). Cette structure a marqué l'histoire de la Psychiatrie infanto-juvénile française et, en particulier, la constitution d'une clinique psychanalytique de l'adolescent. Dans un fascicule commémorant son trentième anniversaire, l'aspect *expérimental* et l'introduction de la *psychanalyse* définissent les institutions réunies dans cette association :

« Nous fîmes quelques-uns à essayer d'inventer des structures d'accueil privées pour ces enfants et ces adolescents "intelligents mais en échec", structures d'externat ou de consultations. Toutes ont eu la même évolution : créées par un pédagogue ou un psychologue, elles se sont plus ou moins rapidement médicalisées et psychiatriées. Les fondateurs sont devenus psychanalystes et gestionnaires, autodidactes là encore. Les raisons de cette évolution ne sont pas à trouver seulement dans les normes administratives imposant une "Direction médicale" pour obtenir les agréments, mais s'est imposée la nécessité d'une pluridisciplinarité. Il apparut très vite, en effet, que les réponses d'ordre pédagogique ou rééducatives montraient vite leurs limites mais surtout, ne se tenant qu'aux symptômes, ne permettaient aucune vraie compréhension. La théorie psychanalytique vint combler cette attente et en tout cas ouvrait largement le champ de la réflexion. »

Par ailleurs, il est bien précisé dans la plaquette « publique » de l'hôpital de jour qu'il s'agit d'un :

« Lieu médical de soins spécialisés, psychiatriques et psychothérapeutiques, ayant comme référence théorique principale la psychanalyse et comme pratique clinique un travail institutionnel pluridisciplinaire. Il accueille, soigne et accompagne dans leur processus d'adolescence des jeunes, filles et garçons, de 12 à 20 ans, souffrant de troubles psychiques importants, sans déficit intellectuel. » (Je souligne.)

L'aspect médical ne définit cependant pas entièrement l'institution puisque son identité et son originalité lui viennent surtout du fait qu'il s'agit d'un « lieu de vie collectif » conçu comme une alternative à l'hospitalisation plein temps, ce qui permet le maintien en milieu familial et de mettre en œuvre des soins psychiatriques et une pédagogie adaptée ayant pour objectif la réinsertion scolaire ou pré-professionnelle. L'Établissement n'étant pas sectorisé, il accueille principalement des patients de Paris et de la banlieue Sud. L'effectif mixte de l'Hôpital de jour, qui permet un traitement proche et personnalisé, est d'une trentaine d'adolescents. C'est aussi un « lieu de recherche » d'orientation psychanalytique dont les publications sont renommées¹⁴⁶. Mais dans ce cadre, « à la traditionnelle psychiatrie centrée sur le malade *reclus*, se substitue une socio-psychiatrie dont les deux axes principaux sont le traitement *de* la communauté et le traitement *dans* la communauté ». Le thème du collectif et de la communauté, souligne Bernard Lacroix, est le négatif de l'idée d'institution. C'est un *moyen* d'en

146. Les stagiaires peuvent d'ailleurs être des étrangers et venir de très loin pour participer au travail thérapeutique.

critiquer le fondement légitime (Lacroix, 1974 : 526-558)¹⁴⁷ : « *Partout l'énoncé communautaire est donc irréductible désir de table rase et projet de cité nouvelle : nouvelle école, Église régénérée, prison humanisée, hôpital ouvert... Toujours aujourd'hui, il paraphe une lutte et crie une volonté de transformation* » (Lacroix, 1974 : 540).

Le dispositif du travail institutionnel « anti-institutionnel » est un moyen de produire en pratique un type de *lien social* qui soigne ou soutien *de fait*. Lacroix cite un extrait qui définit ce qu'est une « communauté de base » et l'atmosphère qui régnait au sein de l'Hôpital de jour : « *La grande majorité des communautés essaye d'établir entre leurs membres un style de rapports nouveaux, opposé à celui qui prévaut ordinairement dans la société (...). Il s'agit de " vivre à l'échelle humaine", de retrouver un soutien psychologique dans la joie et l'espérance du groupe et d'y faire naître une profonde chaleur humaine. Une communauté chaude, capable de créer un sentiment de sécurité et de solidarité face à l'imprévu. Une communauté capable aussi de permettre à chacun de s'exprimer librement, de comprendre ensemble ce que l'on vit, de vivre une responsabilité partagée...* » (Besret, Schreiner, 1973 : 92-93).

Dans l'hôpital, la communauté de base n'est pas homogène ni sans conflits. L'hétérogénéité des membres de l'équipe garantit que les adolescents seront « considérés selon une approche d'ensemble *non réductrice, non totalitaire* » travaillant « effectivement dans le sens d'une *désaliénation* durable du jeune et de son affranchissement par rapport au poids des contraintes qui l'ont tenu

147. Une dimension thérapeutique centrée sur la communauté ne signifie pas une influence de l'anti-psychiatrie qui est un courant bien plus radical que les expérimentations de ce type et qui postule que la folie est un phénomène non médical d'exclusion sociale qui est « critique » de la raison. La psychiatrie, institution de contrôle des sociétés capitalistes, tient lieu de répression... (Meyer, 1971 ; Schrecker, 2006 ; Gros, 2004 : 73-76).

entravé et invalidé au-dedans de lui-même »¹⁴⁸, et les conflits entre soignants devient une situation à *travailler* en réunion de synthèse, signe d'un conflit s'étant *transféré* de la famille de l'adolescent à la seconde famille. « Le travail institutionnel » porte sur une unité thérapeutique peu visible au premier abord : le trouble de l'équipe qui fait écho au trouble d'une famille. Le conflit est alors considéré comme la *matière première* du travail institutionnel.

Cadre social : ceci est un hôpital

Modaliser l'ordinaire avec des affects

Dès les premiers mois, je commence à théoriser la situation à laquelle je participe. Ce qui me frappe, ce n'est pas seulement la capacité de l'équipe à effectuer un travail sur le quotidien et l'ordinaire de la vie hospitalière, c'est surtout la *modalisation* de ces situations à partir d'un cadre social bien particulier qui constitue le *dispositif* thérapeutique lui-même et qui permet de *définir ce qui se passe*. Il y a donc une opération ordinaire sur des situations ordinaires qui définit le lien social comme thérapeutique. Le couloir par exemple fait l'objet d'un travail qui, localement, devient le « travail de couloir ». Goffman définit un mode comme: « Un ensemble de conventions par lequel une activité donnée, déjà pourvue d'un sens par l'application d'un cadre primaire, se transforme en une autre activité qui prend la première pour modèle mais que les participants considèrent comme sensiblement différente. On peut appeler modalisation ce processus de transcription » (Goffman, 1991 : 52-53).

148. Souligné par le projet d'Établissement.

Plongé dans ce cadre, il est bien difficile d'observer directement la *cure*, qu'elle soit à temps plein ou à temps partiel. Une seule question traverse les premières pages de mon journal de terrain : où se trouve la psychanalyse, où se trouve le soin ? En effet, les situations auxquelles j'ai participé en qualité de stagiaire un peu atypique (je ne suis pas psychologue) consistaient essentiellement à converser, attendre un atelier, me déplacer dans les couloirs, partager ou servir un repas, jouer (ping-pong, baby-foot) avec l'un ou l'autre des adolescents. J'ai également participé à un atelier d'écriture et aux réunions de synthèse. L'impression générale, du novice, est « il ne se passe rien ». Si le cadre immédiat indique qu'il ne s'agit pas d'un hôpital, la *fonction* thérapeutique du lien social ne cesse pourtant d'être constamment affirmée :

Il règne dans l'hôpital une forte *effervescence* qui ne tient pas seulement à l'étroitesse des locaux et au nombre des personnes qui circulent entre les trois étages du bâtiment. Les adolescents ou les membres de l'équipe passent d'une *activité* à l'autre, se saluent en prenant soin de se *nommer* (bonjour Marc) et échangent parfois quelques mots sur un adolescent. Il n'est pas rare d'entendre batterie ou guitare, un début d'escarmouche autour du baby-foot, l'odeur de la cigarette dans la salle fumeurs où a débuté un poker. Contrairement à certains ateliers, ces « lieux de vie » sont publics.

Aucun signe extérieur (blouse blanche par exemple) ne distingue les membres de l'équipe soignante de l'équipe enseignante. Au premier abord, difficile de distinguer « qui est qui » et « qui fait quoi ». S'il n'existe pas de division très nette entre soignants et patients, deux distinctions sont opératoires dans le langage et les relations : la mixité implique la reconnaissance et le respect de la « différence des sexes » entre garçons et

filles. Le clivage *adultes* et *adolescents* (entre 12 ans et 20 ans) est la distinction la plus structurante, puisqu'une partie de l'autorité est fondée sur la *maturité* et l'*expérience* des adultes qui ne sont pas *que* des soignants, mais aussi des guitaristes, des sportifs, des cuisiniers, etc. Ainsi, les adultes, en binôme homme-femme, qui rappelle la *fonction parentale*¹⁴⁹, s'investissent affectivement sur les adolescents. Le soin devient alors le *récit* des événements de vie, heureux et malheureux se déroulant dans l'hôpital. En retour, l'adolescent est invité à s'investir dans les « lieux de vie » en exprimant son vécu (« il ne peut pas encore le dire » indique une évolution de l'adolescent sur certains sujets douloureux). L'investissement des adultes est l'objet de moquerie entre soignant, mais il est valorisé : « alors, comment va ton petit » dit la secrétaire à l'une des psychologues pour parler du cas d'un des adolescents dont elle s'occupe plus particulièrement. La psychologue, évoquant le couple thérapeutique qu'elle forme avec un psychothérapeute, répond « *notre* petit va bien ». « Ah ! Si la mère veut bien en discuter ! »... De même en réunion de synthèse le mot d'ordre est « c'est à qui la synthèse ? C'est des ados à toi ? ». Au cours de la rencontre, les membres de l'équipe (enseignants y compris) peuvent *s'ouvrir* lorsque l'on évoque « leur » ado, alors que les autres se *ferment* ou s'enfoncent dans leurs fauteuils. De même, il est possible d'entendre dire « je connais cet ados de vue sans travailler avec... ».

Les *stagiaires*, composées de jeunes femmes en DESS de psychologie, forment une catégorie intermédiaire¹⁵⁰ à

149. Ce terme est localement utilisé, mais formellement « dans les textes » l'expression est « couple de référents institutionnels ».

150. Les premières semaines, je prends une patiente (qui prend des notes durant l'assemblée des ados) pour une stagiaire, une stagiaire pour une patiente, la secrétaire pour une psychiatre, une enseignante pour une

laquelle j'appartiens et qui participe au « travail de couloir » que j'évoquerai plus loin dans la description. Une réunion supplémentaire, consacrée à cette catégorie d'acteurs, permet de leur apprendre à gérer leur « contre-transfert » (l'affect que provoque subjectivement parole ou action d'un adolescent ou d'une situation). Lors de ces sessions, le stagiaire est « mis au parfum ». Il doit apprendre à ne pas « être isolé » par un adolescent en étant le plus *mobile* possible dans la gestion des interactions. Les membres de l'équipe, omniprésents, sont constamment en mouvement. Lorsqu'ils sont engagés dans une interaction stable et focalisée, ils sont le plus souvent en binômes. Il s'agit de pouvoir centrer ces interactions avec *des* adolescents et de savoir se sortir des tête-à-tête gluants qui enferment dans une discussion délirante. Le problème traité semble là encore très concret : « que faire de cette situation dans laquelle je suis impliqué ? ». La réponse pratique suppose donc que l'on sache *modaliser* ces situations en cadre thérapeutique. Le dispositif thérapeutique comme les dispositions des soignants implique que *tout* peut potentiellement devenir une médiation thérapeutique : le théâtre, les mathématiques, l'eau à la piscine, prendre le métro, « bien » ranger ses effets personnels, avoir une clé « personnelle » pour rentrer chez soi, etc.

La cure possède en fait différentes dimensions. Elle ne consiste pas seulement en séances de psychothérapie, en psychodrames ou seulement à la prise de médicaments chaque matin à l'infirmerie. Elle consiste pour les adolescents à être *présents* dans les locaux¹⁵¹ (et *présents*

psychologue, etc.. Et je me fais progressivement à l'idée qu'il s'agit de patients psychotiques.

151. « La cure proprement dite implique que le jeune vienne chaque jour, de 9 heures à 16 heures trente. »

dans l'activité¹⁵²) et à *participer* aux activités des ateliers (fermés ou ouverts). Comment des activités ordinaires deviennent-elles thérapeutiques ? Mon « maître de stage », psychothérapeute et psychanalyste, déplaça un jour ma question : dans quelle mesure faites-vous de la clinique sans être clinicien ? Il souhaitait ainsi remarquer que tout un chacun dans ce lieu contribue au soin. Mais comment ? Une stagiaire me dit un jour en aparté que la réponse était *évidente* : en se rendant *disponible* à l'expérience psychotique. En prêtant donc son psychisme et, en particulier, son inconscient... Il s'agit, dans ce cadre, d'offrir sa *capacité* à symboliser afin de totaliser le divers et de rétablir l'ordre mis à mal par le chaos psychotique toujours prompt à produire de la fragmentation. D'où la question du médecin directeur et à laquelle je bredouille un semblant de non, perplexe et embarrassé : avez-vous déjà fait l'*expérience* de la psychose ?

L'hôpital pose un *cadre social* qui organise et transpose une *catégorie* nosographique générale (voir encadré le dossier psychiatrique¹⁵³) en *expérience* psychotique singulière. Le travail thérapeutique est issu d'une modalisation d'un cadre primaire ou ordinaire : nous conversons dans diverses situations, mais me rendant *disponible* en étant affecté, je contribue *malgré moi* au soin. Le soin consiste donc non seulement en traitement, mais aussi à « prendre soin de » au sens de donner son attention à un adolescent, en participant à un événement ordinaire. Un événement ordinaire devient « vie » lorsqu'il prend la forme d'une *énonciation* des affects, qu'il soit le fait d'un adulte ou d'un adolescent. Le *registre*

152. Au sens de s'investir et donc de ne pas être absent, s'isoler ou donner l'impression de ne pas échanger ou pleinement participer.

153. Qui apparaît dans le dossier médical, dans les diagnostics d'entrée et de sortie mais jamais dans le discours ordinaire. Mais les catégories précises, centrales ou marginales, ne sont pas discutées.

dramatique qui amplifie les affects devient dominant sur une scène où tout un chacun est invité à voir les émotions de l'autre (une adolescente furieuse traverse l'hôpital, alors qu'une autre, recluse, souffre en silence et en larmes, allongée près du radiateur, un adolescent espiègle me harcèle de questions alors qu'un autre ne cesse de s'exclamer « combien je suis musclé »... Un autre en passant, véritable colosse, demande un câlin... Une « vraie maison de fous » commente ironiquement le médecin directeur. Ce sont les divers usages de la psychanalyse, nous allons voir maintenant en quoi ils favorisent la modalisation.

Le travail thérapeutique : « je ressens, donc j'existe »

L'objectif de cette modalisation est de produire des *sujets* : faciliter l'expression ou valoriser la prise de parole, rendre indépendant des parents, s'éprouver à travers le groupe ou des projets, tester les adultes et leur autorité, prendre des initiatives, s'autonomiser, etc. C'est le critère de *progression* des adolescents. Mais contrairement à ce que l'on peut observer, l'unité de soin n'est pas l'adolescent, mais la *famille* qui est également prise en charge lors de réunions ou de rencontres.

Je distingue quatre usages de la psychanalyse qui favorisent la modalisation ou le soin. La réunion de synthèse est le cœur du travail institutionnel qui totalise l'ensemble des micro-conversations à travers une *histoire* commune. Ce qui se décline, c'est une *mise en intrigue* générale de la vie de cet hôpital qui sort du *présent* des situations pour relier les actions des adolescents et le « discours institutionnel autour » de *cet* adolescent au rappel de son *passé* institutionnel ou son *histoire* familiale.

L'évaluation de l'évolution du sujet se mêle à l'analyse de sa place dans l'économie générale de l'institution.

- La psychanalyse comme *technique* (dont je ne parlerai pas)

Je n'en parlerai pas ici puisque la situation de psychothérapie qui *exige la présence d'un psychanalyste* est rigoureusement inobservable. Je n'ai pas réalisé d'observation de psychodrame qui est une situation à laquelle il était possible de participer. Mais je me suis centré sur la modalisation du *quotidien* et non de l'histoire familiale dont je n'ai pas compris immédiatement l'importance. Ce n'est qu'à la fin du terrain, en reprenant mes notes, que j'ai compris enfin l'unité thérapeutique de l'Hôpital.

- La psychanalyse comme compétence

(i.) **Être réceptif** : tous les membres de l'équipe soignante (et à certains égards les membres de l'équipe enseignante) tentent de se rendre *disponibles* en veillant à ce qui se fait et à ce qui se dit. Dans cette situation, le psychanalyste n'a pas besoin d'être présent. Ils *veillent* à ce qu'ils ressentent et le *disent* publiquement « il m'a fait peur », « je ne suis pas tranquille », « je suis en colère ». Les membres de l'équipe se distinguent en vertu du degré de cette disposition à la réception qui est aussi formulation. Il s'agit d'une sorte de qualité très personnelle qui est acquise dans ce dispositif et que l'équipe appelle la « clinique ». Je ne commence à *participer* à la réunion de synthèse que lorsque j'abandonne le souci de la prise de note. C'est un enseignant qui me fait d'ailleurs remarquer qu'en

« synthèse », écrire, c'est une « marque de résistance » et de distance à la modalisation des affects. Seule la secrétaire médicale, qui ne participe pas aux échanges, peut écrire. À la fin de mon terrain, il m'est arrivé de dire une seule fois mon impression sur l'un de *mes* adolescents. À la sortie, un soignant me dit, sur un ton très solennel : « c'est la première fois que tu intervies en Synthèse. Il a eu le pouvoir de te faire parler : c'est pas un hasard... ». Les enseignants comme les soignants expriment « bruts de décoffrage » leurs affects (leur faiblesse, impairs, échecs...). Et en retour, je me trouve affecté et même gêné par cette expression des émotions. Je note dans mon journal de terrain que le façonnage académique de mon discours est à l'opposé de ce registre. L'autocontrôle des affects, la désingularisation du discours et même l'homme d'écriture que je suis est *suspect* dans ce cadre. La seule humeur qui se dégage de moi, imperturbable, est ma « bonne humeur ». La réunion de synthèse est bien le lieu de l'*ordre négocié* (Strauss, 1992 : 87-112) du travail thérapeutique.

(ii.) **Communiquer** : l'information sur une situation et son affect (avoir eu un parent au téléphone) circule d'un adulte à l'autre sous la forme d'une intrigue (il s'est passé quelque chose). Deux membres de l'équipe peuvent en faire état dans le couloir en se croisant. Il existe également un « cahier de transmission » des appels téléphoniques des patients. Une grande part de l'activité est donc consacrée à la *liaison* des informations entre membre de l'équipe, qui sélectionne dans les situations dans lesquelles ils sont impliqués ce qui est important de retenir et de partager pour le soin.

(iii.) Réagir : le « travail de couloir » constitue une activité très importante. C'est là que les adultes peuvent subitement et spontanément *répartir* ou *recadrer* un propos ou une activité. C'est là qu'ils montrent aux stagiaires qu'ils sont des cliniciens « chevronnés ». L'humour, l'exagération ou la dramatisation des propos est la technique la plus utilisée pour neutraliser le délire d'un adolescent, à savoir une idée ou une action qui ne cesse de se répéter, *trop* présente, mais aussi qui l'empêche d'être *assez* présent. Ils veillent notamment à ce que les stagiaires ne soient pas trop isolés avec un seul adolescent qui recherche leur *complicité* (pour ne pas s'investir dans le collectif) ou met en œuvre une forme de *séduction* en leur apprenant *in situ* la mobilité *physique* dans l'espace comme l'*éloquence* qui donne à une situation prosaïque une dimension clinique et tout simplement de la hauteur sur le champ de bataille du quotidien au prise avec de multiples escarmouches entre adolescents ou entre adolescent et adultes. Mais les réactions, qui sont plus des actes symboliques que des interprétations psychanalytiques en tant que telles, interviennent également dans les ateliers : elles peuvent prendre la forme de paradoxes, d'équivoques ou de surprises. Des affects nouveaux sont alors produits.

Cette compétence ou disposition est acquise par un *travail sur soi*, mais il peut s'acquérir également par l'*apprentissage* du dispositif (de la réunion de synthèse). Certains stagiaires, comme moi, le découvrent ainsi. Tous les membres de l'équipe n'ont pas fait une psychanalyse, mais leur tropisme vers la psychanalyse telle qu'elle se fait « ici est maintenant » est remarquable. Les fonctions *professionnelles* et la *hiérarchie* s'en trouvent totalement redéfinies : les enseignants embrassent la fonction thérapeutique avec sérieux et entrain, certains d'entre eux

ayant même entrepris parallèlement une formation de psychologie clinique à l'université. Mais c'est également notable pour le personnel administratif dont l'expérience et l'implication dans l'institution depuis la création du lieu donne une légitimité clinique équivalente ou parfois supérieure à celle de certains psychiatres lors de la réunion de synthèse. Le travail sur soi est là encore le capital le plus élevé. Le recrutement d'un psychologue s'est ainsi effectué sur ce *plus*. Être un psychologue clinicien d'obédience psychanalytique impliquait d'avoir réalisé un travail sur soi. Être un homme et avoir d'autres attributs (guitariste, motard, etc.) permettait d'enrichir cette qualité pour le travail sur soi institutionnel. Le diplôme de psychologue était totalement secondaire, une simple condition.

- La psychanalyse comme technique et compétence combinée

La réunion de synthèse évoque¹⁵⁴ un cas ou deux et exige la présence du médecin directeur qui embrasse dans cette situation la *fonction* de psychanalyse d'un collectif. Tous les membres de l'équipe soignante (psychothérapeutes compris), de l'équipe enseignante (sauf un prof), la directrice administrative, secrétaire et même l'agent d'entretien sont réunis. Ce dernier est présent car c'est une heure de travail payée, mais ne joue pas vraiment le jeu, restant silencieux et même un peu énigmatique. Lors d'une présentation de mon travail, il reste pour m'écouter et prend d'ailleurs la parole sur des points de description

154. Cette situation de restitution du travail institutionnel est théorisée : le terme français restitution traduit l'allemand *wiederherstellung* employé par Freud (à la fin de son texte *Constructions dans l'analyse*, 1937) dont il est intéressant de remarquer qu'il peut signifier en même temps : restauration,

qu'il trouve intéressants (personne ne remarque son intervention, rare). Il s'était décidé à rester, car dit-il : « moi, j'évite ce qu'est psychologique ». En effet, cette réunion est l'occasion de restituer ses affects. De relier les différents fils de l'histoire familiale de l'équipe et de l'adolescent pour repérer les « répétitions ». Les répétitions se signalent par les affects et le psychanalyste mène alors l'enquête pour clarifier le trouble. À travers une synthèse de situations d'interlocutions hétérogènes, est évoqué son *écho* personnel (*i.e.* le « contre-transfert ») : ce qui a touché. La réunion est donc un dispositif qui *incite* à une disposition : parler de soi pour recoller les morceaux de la vérité. Certains sujets sont lancés (« ça a été parlé ou pas ? ») en « mettant les pieds dans le plat », et le psychanalyste, qui est une sorte de « haut parleur » pointe ce qui est « mal dit » ou « pas entendu ». Il rappelle, quand le sens se perd dans un conflit d'équipe, la fonction thérapeutique des situations. Il autorise l'analogie et les digressions (« cette adolescente fait penser à... »), les inquiétudes (« je ne la retrouve pas ») et le jugement le plus valorisant : « il commence à exister », car *enfin* cet ado exprime ce qu'il ressent. Les conflits « psychiques » qui apparaissent dans ce cadre collectif ne sont pas les mêmes que les conflits d'équipes ou d'organisation qui seront discutés lors de la « réunion d'équipe ». Les acteurs distinguent donc parfaitement bien les deux, car lorsqu'un conflit n'est pas désamorcé par le psychanalyste, réfléchir l'écho psychotique devient tout simplement impossible puisqu'il nécessite une forte *solidarité* de l'équipe. Comme dans un petit village, le contrôle social, pesant, se porte sur tout à chacun. Ainsi, un matin la secrétaire me fait remarquer mon absence la semaine précédente : « Ça fait longtemps que t'es pas venu ! Oui, j'avais prévenu de mon absence jeudi dernier. Il faut bien lui faire remarquer qu'on s'est aperçu de son absence,

prolonge un psychologue ». Alors que je tentais de me soustraire au pénible travail de « salutations » matinales du « un par un » en lançant un « bonjour » collectif dans l'une des « salles de vie », une psychologue me rattrape au vol : « alors comme ça, aujourd'hui, tu as décidé de ne pas nous dire bonjour ? Que nous vaut cette vilaine humeur matinale ? ». Je suis donc revenu sur mes pas « sans traîner les pieds » et j'ai salué « un par un » et « personnellement » (l'injonction suppose la *mémorisation* de tous les prénoms) les adolescents comme les deux membres de l'équipe attablés confortablement autour d'une partie de bridge... Outre la pesanteur de la situation, j'avais décidé de tester l'*infraction*, bien résolu à comprendre s'il s'agissait d'une règle de vie qui avait, comme le dit Wittgenstein, une certaine souveraineté. Je n'avais pas noirci tant de carnets de terrain sur ces situations de salutation en vain...

Dans cette « note de bas de page » à *Asiles*, mon objet d'étude portait sur le travail moral mise en œuvre par des freudiens au sein d'un petit hôpital de jour pour adolescents. Ce qui est moral dans ce travail ne se réduit pas à l'évaluation de l'évolution des bons et des mauvais patients de cette institution. Il implique un ordre moral plus large dont l'autorité, psychanalytique, repose sur des formes d'injonctions paradoxales, positives ou productrices de subjectivation (Pols, 2004 ; Fassin, Rechtman, 2007). L'objet de la réflexivité psychanalytique porte sur *chaque* membre de l'équipe et non l'équipe en tant que telle. Tous les propos se tournent vers une seule personne : le médecin directeur. Sa fonction de psychanalyste s'impose, mais ce n'est qu'une fonction, *utile* dans la réunion, *fictive* dans la réalité de la vie quotidienne. Il recueille les affects,

pour tenir *debout* et soutenir *tous* les conflits, sans jamais faillir. Le travail thérapeutique quotidien est un travail *sur* et à partir de ce cadre qui optimise et amplifie les *affects*. Toute situation, toute parole peut revêtir un caractère ou devenir un pivot thérapeutique. Il y a alors réflexivité (une réalité est construite par des affects et non décrite), interprétation (effet d'un *regard* ou d'une *écoute* thérapeutique), intervention explicite sur certains faits et sélection (les autres ne font pas sens). Dispositif et disposition se recouvrent, c'est ce qui donne l'apparence de la cohérence thérapeutique. En fait, c'est une lutte quotidienne pour *maintenir* ou contenir équilibre et unité affective (« le risque d'explosion est omniprésent » : *i.e.* des patients comme de l'équipe). Le travail de chaque partie *tente* de donner la cohérence au tout. Si l'*inspiration* psychanalytique domine, le quotidien, extrêmement fragmenté, est donc le fruit d'une pragmatique aussi subtile qu'éprouvante.

C'est aussi le fruit d'une sorte d'attitude *esthétique* : La psychose est une *expérience* que partage chaque membre de l'équipe engagé dans un travail de réflexion, toute action ou situation d'interlocution peut prendre en eux une certaine résonance. Cet écho qui se présente comme des « vécus » ou des « affects » est livré et confronté lors de la réunion de synthèse. Dans cette perspective, la psychose ne se réduit ni au diagnostic qui figure sur le dossier d'entrée et de sortie du patient ni à son expérience singulière. C'est une « expérience collective » sujette au changement dont l'écho se réfléchit dans chacun au gré de situations diverses et contingentes, cette « réflexion » étant l'une des modalités du « soin ». Lors d'une discussion portant sur un adolescent, l'équipe peut se montrer *divisée*. Cette division *réfléchit* alors un clivage psychotique. C'est une interprétation qui permet d'en

prendre conscience et donc de neutraliser, selon l'équipe, la répétition. Ce que tente au quotidien chaque membre de l'équipe, ce que tente de recueillir chaque réunion de synthèse, c'est donc de *réfléchir* au mieux l'*écho psychotique*. Ainsi, j'ai voulu montrer comment un soin généralement décrit en terme *mental* pouvait l'être en terme d'*activité* normative publique.

Pour autant, il ne s'agit pas d'un hôpital psychiatrique qui gère la totalité de la vie de reclus. Les carrières psychiatriques (Verhaegen, 1985 : 51-60 ; Estroff, 1998) ne sont plus prises en charge par une seule institution. Le clivage analysé par Goffman entre personnel et reclus n'est pas opératoire dans ce nouveau cadre thérapeutique où la relation de pouvoir unilatérale est remplacée par une autorité légitime fondée sur un investissement commun dans un collectif en vue d'un projet de sortie. Il existe un horizon de sortie, même s'il s'agit d'une entrée dans une autre institution « ouverte » pour adulte, psychiatrique ou professionnelle (encadrée ou non). L'institution est un acteur collectif qui tente d'échapper à l'aspect totalisant (et totalitaire) de la prise en charge et à ses effets pathogène sur le comportement des patients. La psychanalyse vise à *totaliser* l'expérience de la psychose et à *réactiver* les capacités subjective des patients ou même parfois à *y palier*. Réintégrer le patient dans la *société* passe par la bonne réintégration du patient dans le *collectif* hospitalier qui facilite l'intégration-subjectivation de sa personnalité¹⁵⁵.

155. « Une caractéristique des jeunes admis en cure est de présenter, à un certain degré, un défaut d'intégration des composants de leur vie psychique. Les termes usuels sont à cet égard ceux de clivage de la personnalité, voire de schize (plus radical). Il en résulte pratiquement que le jeune s'avère à peu près incapable d'articuler cela en termes de contradictions ou de conflit intérieur, mais tend à s'en libérer. »

Le patient importe dans l'institution un passé et une culture qu'il n'a absolument pas abandonnée, mais il est soumis à l'injonction de la mettre en forme, la valoriser et la subjectiver au quotidien. Il n'est donc pas dépouillé de sa personnalité (mortifié), il doit la mettre en scène. Ce dispositif de subjectivation n'entraîne pas moins les mêmes réactions de replis sur soi ou de critique de l'institution. *Ne pas* vouloir participer ou parler (*i.e.* se replier) est une résistance toujours possible à l'injonction de participer activement aux situations de soins et de parler authentiquement de ses affects. Le personnel est également tenu de *s'investir*, c'est-à-dire de ne pas maintenir une trop grande distance par rapport aux patients. Le dysfonctionnement que ces relations entraînent n'est plus perçu dans sa négativité, mais comme un levier du soin. Dans ce cadre, la contradiction que relevait Goffman entre l'impératif d'obéissance des reclus et le fait de donner l'impression de respecter les principes d'humanité et atteindre les objectifs rationnels de l'institution n'a plus cours. Elle est réduite par le cercle psychanalytique, *paradoxal*, qui mobilise patient comme soignant, à l'activité collective. C'est dire que l'ensemble des membres est soumis à l'obéissance de l'ordre psychanalytique local¹⁵⁶. Les adolescents comme les membres de l'équipe ont conscience de faire partie d'un ensemble qu'ils nomment dans toute sa distinction, comme un « collégien » sait appartenir au « collège ». Le nom de l'institution est transformé en catégorie d'appartenance.

corporelles, voire des phénomènes hallucinatoires ou délirants », souligne le projet d'établissement

156. Le service de table représente également un « temps fort » du soin car il rappelle à l'adolescent « son engagement dans le processus de soin et donc sa solidarité avec le collectif institutionnel de soin ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barret R. (1998) *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Institut Synthélabo, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- Bastide R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, Coll. « Champ ».
- Beaud S., Weber F. (1997), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.
- Besret B., Schreiner B. (1973), *Les communautés de base*, Paris, Grasset.
- Bloor M., McKeganey N., Fonkert D. (1988), *One foot in Eden. A sociological study of the range of therapeutic community practice*, London, Routledge.
- Corin E. (1993), « Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et sociétés*, vol. 17, n° 1-2, p. 5-20.
- Delille E. (2002), « Aux origines mythiques de la *psychose* : les premières réceptions du terme dans le lexique français », *Évolution Psychiatrique*, n° 67, p. 223-233.
- Estroff S. (1998), *Le labyrinthe de la folie, Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- Fassin D., Rechtman R. (2007), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.
- Favret-Saada J. (1990), « Être affecté », *Gradhiva*, n° 8, p. 3-9.
- Goffman E. (1973), « La folie dans la place », in *La mise en scène de la vie quotidienne, Les relations en public*, Paris, Minuit, p. 313-361.
- Goffman E. (1968), *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit.
- Goffman E. (1991), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit.
- Goldstein J. (1997), « Compte-rendu de Robert Barrett : The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia : An Anthropological Study of Person and Illness », *The American Journal of Sociology*, vol. 102, n° 5, p. 1508-1509.

- Goldstein J. (1997), *Consoler et classier : L'essor de la psychiatrie française*, Paris, Synthélabo, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- Gros F. (2004), « L'antipsychiatrie », in Lecourt D., *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, p. 73-76
- Joseph I. (1996), « Intermittence et réciprocité », in Joseph I., Proust J. (dir.) *La folie dans la place. Pathologies de l'interaction*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 17-36.
- Lacroix B. (1974), « Le discours communautaire », *Revue Française de science politique*, vol. 24, n° 3, p. 526-558.
- Lézé S. (2007) « An exploration of the possibility of a sociology of mental health: An historical epistemological examination of the subfield in France », *Journal of mental health*, Londres, numéro spécial "sociology of mental health", vol. 16, n° 3, p. 319-331.
- Luhrmann T. (2001), *Of Two Minds. An Anthropologist looks at American Psychiatry*, New York, Vintage Books.
- Meyer P. (1971), « L'antipsychiatrie ou la mort dans l'âme », *Esprit*, n° 406, p. 207-225.
- Schrecker C. (2006), *La communauté, Histoire critique d'un concept dans la sociologie anglo-saxonne*, Paris, L'Harmattan.
- Miller P., Rose N. (dir.) (1986), *The Power of Psychiatry*, Cambridge, Polity Press.
- Ogien A. (1989), « La positivité de la pratique de la psychiatrie », in *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens Klincksieck, p. 9-27
- Pols J. (2004), *Good Care. Enacting a Complex Ideal in Long-Term Psychiatry*, Utrecht, Trimbos-instituut.
- Rhodes L. (1991), *Emptying Beds. The Work of an Emergency Psychiatric Unit*, Berkeley, University of California Press.
- Rose N. (1990[1999]), *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*, Londres, Free Association Books.
- Rose N. (1996), *Inventing our selves. Psychology, Power and Personhood*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Scheff T. J. (1999 [1966]), *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*, New York, Aldine de Gruyter.

- Sicot F. (2006), « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », *Déviance et Société*, vol. 30, n° 2, p. 203-232.
- Strauss, A.L. (1992), « L'hôpital et son ordre négocié », in *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, p. 87-112.
- Verhaegen L. (1985), « Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques », *Sociologie et société*, vol. 17, n° 1, p. 51-60.
- Young A. (1995), *The Harmony of illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press.