



U N I V E R S I T E P A R I S 8

Diplôme d'Etudes Supérieures d'Université
***Psychothérapies et
psychopathologie clinique***

**La fonction de l'informel dans la démarche thérapeutique
en psychiatrie**

Sous la direction de Monsieur Frédéric ROUSSEAU, maître de conférences en psychologie à l'Université Paris 8, psychanalyste.

Mémoire pour l'obtention du DESU *Psychothérapies et psychopathologie clinique*

Présenté et soutenu publiquement par

Lionel CAGNIART - LEROI

Le 18 11 2011

REMERCIEMENTS

Je remercie le médecin psychiatre, le Dr Norbert Skurnik, chef de service, ainsi que le cadre de santé monsieur Jacques Marchet pour m'avoir permis de m'impliquer dans les espaces qu'ils supervisent.

Je remercie Valérie Pedro, cadre supérieur de santé pour m'avoir permis d'intégrer le service Unité d'admission du 28^{ème} secteur de l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche le temps d'un stage.

Je remercie le médecin psychiatre le Dr Alexandro Tasaramanana d'avoir accepté le tutorat de mon stage, et de m'avoir accordé sa confiance ainsi que son collègue, le médecin psychiatre le Dr Mohamed Rhidi, qui m'ont tous deux ouvert les portes de leurs entretiens professionnels avec les patients.

Je remercie les infirmières et les infirmiers du 28^{ème} secteur Avron Est pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité, les échanges que nous avons eu et leur confiance.

Je remercie les psychologues Monique Zerbib, Flora Fridja et Ambre de l'équipe du CMP pour m'avoir accordé du temps lors d'échanges fructueux notamment dans les moments où j'avais besoin de guides dans ma réflexion.

Je remercie les assistants sociaux pour avoir accepté de me présenter leur travail et m'avoir permis de percevoir leur engagement auprès des patients et de leur entourage.

Je remercie les secrétaires pour leurs attentions et leur accueil.

Je remercie les patients avec lesquels j'ai partagé des moments tout à la fois surprenants, étranges, touchants, questionnants, agréables, spontanés, toujours instructifs, jamais lassants ou ennuyeux pour l'esprit.

Je remercie mes amies Anne M. et Christine A. ainsi que mes amis Franck A. de C. et Christophe C. pour leur relecture, leur traduction et leurs soutiens techniques.

Je remercie enfin Frédéric Rousseau, tuteur universitaire pour ses conseils de lectures (qui furent de grandes découvertes) et le temps accordé à nos échanges.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
LE LIEU DE STAGE.....	1
TYPES DE SOINS DISPENSES.	1
ORIENTATION THEORIQUE DE L'INSTITUTION.	2
DESCRIPTION DES ACTIVITES.	2
REUNIONS AUXQUELLES NOUS AVONS PARTICIPE.	3
LE THEME RETENU, LIE A L'EXPERIENCE CLINIQUE.	4
LE PLAN DU MEMOIRE.	5
LA REVUE DE LA LITTERATURE	6
LA MALADIE ET SA FRAGMENTATION	6
<i>La psychose.</i>	6
<i>La lésion du schizophrène</i>	7
<i>La dissociation.</i>	8
<i>Le paraître du retrait.</i>	9
LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE	10
<i>La psychothérapie institutionnelle.</i>	10
<i>Le passage d'un groupe à l'autre, d'un discours à l'autre.</i>	11
<i>La « tuché ».</i>	12
<i>Sens, détour et transfert.</i>	12
LE CADRE.....	13
<i>Le processus dans le cadre.</i>	13
<i>L'espace du dire.</i>	15
<i>Désir et transfert.</i>	15
<i>La demande et la sous-jacence.</i>	16
LE COLLECTIF	17
<i>L'opérateur.</i>	17
<i>La fonction diacritique du collectif.</i>	18
<i>L'éthique dans le collectif.</i>	18
L'INFLUENCE DU MILIEU	19
<i>Entours.</i>	19
<i>Ambiance et semblant.</i>	19
<i>Le semblant.</i>	20
<i>Ambiance et entours.</i>	20
PROBLEMATIQUE.....	22
QUELLE PLACE PREND LA FONCTION DE L'INFORMEL EN PSYCHIATRIE ?.....	22
METHODOLOGIE	24
INTRODUCTION.....	24
LA POPULATION.....	24
OUTIL : L'OBSERVATION.....	24
DEROULEMENT.....	25
ÉLABORATION DES DONNEES.....	25
LES ITEMS DE LA GRILLE D'OBSERVATIONS :.....	26
<i>Observation d'un entretien informel :</i>	27

ANALYSE DES RESULTATS	29
INTRODUCTION.....	29
LA RENCONTRE.	29
ROLES, STATUTS ET FONCTIONS.	31
LES ESPACES.	32
L' AMBIANCE.	35
DISCUSSION ET PERSPECTIVES PROFESSIONNELLE.....	37
INTRODUCTION.....	37
LA DISPARITE DES DISCOURS.	37
LA DISPARITE DES COMPORTEMENTS.....	38
LA DISPARITE DES NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE.	38
LA DISPARITE DES ESPACES ORGANISES PAR L'HOPITAL POUR LES PATIENTS.....	39
LA DISPARITE DES ESPACES DE RENCONTRES ETABLIES PAR LES PATIENTS DANS L'HOPITAL.	40
LA DISPARITE DES RENCONTRES ET DES CONTEXTES DE RENCONTRES.....	41
LA DISPARITE DES AMBIANCES.	44
CONCLUSION GENERALE	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES.....	52
OBSERVATIONS DE MR. P.	52
OBSERVATIONS DE MR. M.	56
OBSERVATIONS DE MME. T.	58

INTRODUCTION

Ce mémoire a pour objet une étude relative à l'action d'un établissement public de santé sur les patients qu'il reçoit. Notre attention se portera sur les temps informels dans l'institution, leur investissement par les soignants et les soignés et ce qu'ils offrent de possibilités en terme d'élaboration psychique.

Nous commencerons donc par présenter notre lieu de stage, les types de soins dispensés, son orientation théorique et nous situerons notre place dans le service psychiatrique qui nous a accueilli. Nous définirons notre thème d'étude avant d'évoquer notre expérience et de justifier de l'intérêt clinique de notre étude.

Nous présenterons ensuite une revue de la littérature scientifique relative à notre sujet et nous poserons une problématique avant d'élaborer une méthodologie.

Enfin, nous poursuivrons avec une analyse des résultats avant de présenter une discussion colorée de perspectives et suivie d'une conclusion.

LE LIEU DE STAGE.

L'Etablissement Public de Santé Maison Blanche développe ses activités sur le quart nord-est de Paris intra-muros, où les enjeux sociaux et sanitaires, associés à l'environnement urbain contemporain, se manifestent avec acuité.

Soixante lieux – structure ambulatoire et hospitalisation – proposent des soins et un suivi en santé mentale à une population de près de 700 000 habitants, soit, un tiers de la population parisienne.

Le principe de la sectorisation vise à prendre en charge les personnes en souffrance psychique au plus près de leur lieu de résidence.

Ainsi, le département de Paris, comme l'ensemble des départements français fait l'objet d'un découpage géographique par zone. Ces zones, appelées secteur peuvent, suivant la densité de population domiciliée, être de la taille d'un arrondissement ou en être une subdivision.

Ce découpage permet donc de mettre en rapport une population (en moyenne 70000 habitants) avec une équipe pluridisciplinaire de soins qui intervient pour cette population, et au sein des quartiers.

La sectorisation fondée dans les années 60 a été mise en œuvre peu à peu dans les années et les dernières lois qui l'organisent, datent du 25 juillet et 31 décembre 1985.

TYPES DE SOINS DISPENSES.

Au premier étage, l'unité de soins intensifs, seule unité fermée du site, destinée à recevoir des patients non compliant aux soins, généralement placés sous contrainte (Hospitalisation d'office :HO, hospitalisation à la demande d'un tiers :HDT).

Au deuxième étage, se situe le service d'admission où nous réalisons notre stage. Le projet est d'accueillir des patients avec des pathologies aiguës ou sub-aiguës, nécessitant des séjours courts et de les accompagner dans le respect de leur autonomie afin de leur permettre de recouvrer un état de santé optimal dans la perspective d'un retour et d'un suivi médical à l'extérieur.

Enfin, le troisième étage est destiné à recevoir des patients stabilisés dits « chroniques » et/ou plus âgés, dont la prise en charge est « en panne » de projet. L'objectif principal est de tenter de sauvegarder des capacités d'autonomisation et de resocialisation, et de trouver des solutions d'hébergement plus adaptées.

Lors de l'entrée à l'hôpital, les infirmiers se chargent de veiller à faire réaliser un bilan sanguin, des prises de constantes, à peser le patient, à réaliser un électrocardiogramme (ECG), un diagnostic douleur selon une fiche prédéfinie et assurer tous les suivis somatiques nécessaires.

ORIENTATION THEORIQUE DE L'INSTITUTION.

Voilà peut-être une part de notre sujet. En effet, la difficulté d'obtenir une réponse à cette question soulève en soi une interrogation. « Ici, on traite le symptôme » nous a-t-on répondu. Le psychiatre utilise le médicament a-t-on ajouté plus loin. Orientation biologique uniquement donc ? Difficile de s'en tenir là quand on voit les efforts déployés autour du suivi social des patients par les assistants sociaux. Il n'y a donc pas une mais des orientations théoriques qui cheminent dans l'institution. On pourra peut-être s'interroger sur leurs types de collaboration, d'articulations, de complémentarité.

DESCRIPTION DES ACTIVITES.

Les activités de l'hôpital se concentrent autour du soin principalement. Cela pose la question de la définition du soin... car en dehors du soin, au-delà du soin, à côté du soin, qu'y a-t-il ? Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Certaines activités consistent à des sorties accompagnées pour des visites à domicile par exemple ou des sorties « d'essai » pour observer le comportement du patient en ville.

Un psychomotricien organise quelques sorties dans une piscine extérieure pour certains patients.

Les ergothérapeutes disposent d'une grande salle pour leurs activités avec les patients en journée.

Enfin, le week-end, selon la disponibilité des infirmiers qui le souhaitent et les motivations exprimée par les patients, une activité cuisine peut être organisée avec les moyens alloués par l'établissement.

REUNIONS AUXQUELLES NOUS AVONS PARTICIPE.

Chaque matin à neuf heures, des représentants des trois services que nous avons présenté précédemment, se réunissent dans ce que l'on nomme le « staff ». Au moins personne de chaque service participe à cette réunion où il s'agit de faire le point sur les entrées et les sorties de patients. Cela permet d'anticiper les possibilités d'accueils à venir, les transferts de patients d'un service à l'autre, mais aussi de coordonner l'information administrative et l'action sociale qui peut s'en suivre, notamment le suivi de la prise en charge. Le chef de service ou son adjointe sont généralement présents ainsi que les cadres d'étages. Enfin, cela permet à chacun selon l'intérêt de sa position d'avoir à la fois un regard général sur l'ensemble du fonctionnement et peut-être aussi de se faire une idée de l'efficacité du service rendu en termes de performance selon des critères propres au secteur.

Par ailleurs, des réunions dites de synthèse ont lieu le jeudi après midi. Il s'agit, dans le service d'admission où j'avais mes attaches, de faire le point sur :

- la situation psychiatrique de chacun des patients :

- conditions d'hospitalisation (Hospitalisation libre : HL, HDT, HO)
- pathologies à l'arrivée
- évolutions pendant le séjour
- le devenir envisageable...

- la situation sociale avec les perspectives envisageables à la sortie

- retour au domicile
- reprise d'emploi
- analyse de la stabilité financière
- soutien pour trouver un logement si besoin
- mise en place de divers accompagnements etc.

Les situations des patients sont commentées une à une tant par le psychiatre référent de la personne, que par le personnel soignant (les infirmiers en l'occurrence), le cadre de santé de l'étage, l'assistante sociale, l'ergothérapeute.

Chacun peut apporter ce qu'il observe du comportement de la personne au fil des jours passés. Cela permet à l'équipe pluridisciplinaire des professionnels de porter un regard « circulaire » sur le cas discuté et de conforter les avis ou de les infléchir.

Par exemple, nous nous souvenons d'un psychiatre qui évoquait l'ambivalence du comportement d'une patiente. Les observations des infirmiers sont venues corroborer ce diagnostic. A l'inverse, des informations recueillies au cours des temps libres ou des repas peuvent temporiser, atténuer ou modifier (plus rarement) le diagnostic du psychiatre.

Une fois par mois, d'autres réunions dites « intra-extra » sont organisées au CMP (centre médico psychologique) pour articuler, partager, compléter, affiner la connaissance qu'ont les équipes des situations des patients, afin de mieux coordonner les actions qui sont menées de part et d'autres.

LE THEME RETENU, LIE A L'EXPERIENCE CLINIQUE.

Que fait-on des temps qui ne sont pas occupés par la stricte prescription du soin dans l'hôpital psychiatrique ? La notion de cadre interviendra dans le fil de notre élaboration.

Etre stagiaire, c'est être en position d'observation dans un premier temps. C'est accueillir l'inattendu, le surprenant. De là, on peut relever des questionnements issus de l'étonnement. S'étonner, c'est être « bousculé » ou « chahuté » dans ses habitudes, ses certitudes, ses représentations. C'est quelque chose qui vient heurter la ligne droite de ce que l'on vit comme des évidences qui ne nous étonnent plus. S'introduire dans un milieu inhabituel ou inconnu stimule l'étonnement en l'occurrence sur les propos entendus, les gestes, les postures, les interactions, les interpellations... toutes choses humainement perceptibles, agréables ou dérangeantes.

Nous sommes partis de là, de cette position de stagiaire principalement présent (en volume de temps), dans des espaces tels que les couloirs ou la cour qui nous sommes apparus comme des lieux d'abord inertes, abandonnés, en friche. Y étaient des patients qui semblaient attendre.

Puis, notre présence a éveillé l'intérêt. Des patients s'approchaient de nous pour me demander ce que nous faisons là.

Précisons que dans l'établissement, chacun est repéré ou repérable. Les soignants (médecins, infirmiers et même les cadres, certains assistants sociaux, les secrétaires et les personnels de service) portent des blouses blanches et des badges avec le nom et la fonction. D'autres, qui peuvent faire partie de ces catégories citées, mais qui peuvent aussi relever d'autres attributions ne portent que des badges (visiteurs, intendants et stagiaires éventuellement). Ce fut mon cas (mais pas les stagiaires psychologues par exemple). Certaines personnes ne portent aucun signe distinctif. Tels les psychologues, les ergothérapeutes, le chef de service ou la responsable des fournitures par exemple. Les insignes permettent aux patients de repérer à quel univers de référence appartient les personnes qu'ils croisent et inversement.

Nous prenions donc soin d'accrocher notre badge, objet d'intérêt pour faciliter l'interaction en suscitant la curiosité, motiver une raison d'approche.

C'est ainsi que bien souvent les patients nous interrogeaient quand ils nous croisaient pour la première fois. « Vous êtes docteur ? Vous êtes qui ? Vous faites quoi ? Stagiaire en quoi ? » Notre badge n'indiquait que notre nom, notre prénom et : Stagiaire Paris 8. Nous répondions : « Stagiaire en psychologie ».

C'est donc de notre position de stagiaire que nous avons appréhendé le service hospitalier en psychiatrie. Nous observions, nous constations, nous percevions et finalement, nous essayions de comprendre à quoi nous pouvions servir dans cet univers étranger à mon quotidien.

Notre premier étonnement fut issu d'un repérage de tensions entre patients, entre patients et personnel et parfois entre soignants. Dans ces cas, on peut avoir l'impression de voir ou entendre des choses qu'il ne faudrait pas voir. De là à s'imaginer gêner par notre simple présence, la tranquillité qui semble requise en ces lieux, il n'y a qu'un pas. Il y avait là une question d'ambiance, d'« entours » dirait Jean Oury, psychiatre du mouvement de la psychiatrie institutionnelle. Il fallait donc choisir entre le retrait et l'investissement. Une série de doutes sur le sens de notre présence nous questionnait. Par extension, le sens de l'utile en psychiatrie. Un ensemble de réflexions nous a donc conduit vers ce qu'avaient pu théoriser les tenants, les initiateurs, les inventeurs de « l'analyse institutionnelle ». Nous reviendrons sur ce concept qui s'enclasse dans ce qu'on peut entendre par « psychiatrie institutionnelle ».

Même s'il nous a vite paru appartenir à une époque peut-être révolue, les recherches d'élaborations dans ce champ que l'on nomme aussi « psychothérapie institutionnelle » nous ont semblé révéler un intérêt pour réfléchir à l'évolution et au positionnement de l'action d'un établissement public de santé d'aujourd'hui. Et ceci, sans perdre de vue l'intérêt que pourrait en tirer le patient en psychiatrie. Il sera donc question d'élaborer une réflexion autour des interactions dans lesquelles sont pris les patients et des conséquences de celles-ci.

LE PLAN DU MEMOIRE.

Nous exposerons dans un premier temps l'état d'avancement de la littérature scientifique portant sur l'objet de notre étude; notamment les auteurs qui ont exposé l'intérêt de l'analyse institutionnelle entre autre et qui se sont parfois inspiré de sujets transversaux dans le champ de la psychanalyse.

Nous proposerons ensuite une problématique issue d'une question intéressante à investiguer pour approfondir des connaissances. Nous ne manquerons pas d'établir des liens avec notre terrain de stage.

La méthodologie élaborée relève de l'observation dans les « entours », concept développé par Jean Oury dans les années 60 – 80. Nous avons choisi d'exposer quatre cas de rencontres qui illustrent notre intention de discussion.

Seront par la suite décrites, analysées, décryptées les principales tendances qualitatives dégagées par notre analyse thématique. Nous veillerons à la pertinence des données recueillies.

Dans la partie « discussion et perspectives » seront articulés nos résultats avec notre problématique ainsi qu'avec les données de la littérature de manière à voir s'il y a contradiction, confirmations ou nuances avec notre objet d'étude. Cela nous permettra d'envisager un prolongement du point de vue professionnel.

En conclusion, nous présenterons le résumé de nos investigations, les limites de notre travail de recherche et les pistes d'approfondissements.

LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, nous exposerons l'état d'avancement de la littérature scientifique portant sur l'objet d'étude défini en introduction, relatif au fonctionnement de l'institution psychiatrique et à ses conséquences pour le patient psychotique.

C'est ainsi que nous allons explorer ici ce qui relève dans un premier temps de la maladie et de la dissociation et dans un second temps de l'analyse institutionnelle. Parmi les concepts relatifs à cette dernière que nous avons rencontré au cours de nos lectures, nous avons retenu ceux qui ont fait les belles heures de la psychiatrie institutionnelle, du cadre et des processus qu'il contient, du collectif comme opérateur et des styles des entours qui génèrent une qualité d'ambiance dans l'institution au service du patient psychotique.

LA MALADIE ET SA FRAGMENTATION

La psychose.

Pourquoi polariser notre attention sur ce qui touche les psychotiques ? Parce que c'est principalement eux que l'on a croisé dans les couloirs de l'hôpital et dans la cour. Les dépressifs par exemple sont plus souvent dans leurs chambres.

La psychose se caractérise par une transformation radicale du rapport du sujet à la réalité, entraînant une modification profonde et durable de l'identité et généralement de la personnalité. La psychose confronte à la question de l'étrangeté : le sujet psychotique ne raisonne pas dans le même registre que le sujet « normal » ; il ne reconnaît pas les mêmes échelles de jugement, les mêmes modalités d'approches du monde, les mêmes codes sociaux et les mêmes logiques de pensée. Du fait de sa gravité, la psychose nécessite souvent une prise en charge intensive et parfois l'hospitalisation du patient.

« L'impossibilité de constituer un processus de représentation de la représentation fait basculer le sujet dans une confusion douloureuse et terrifiante. Et Roussillon de poursuivre (2007. p. 430.) plongé dans d'impensables tourments (Jackson et William, 2004), il doit construire en urgence des solutions de survie qui, à leur tour, entravent son rapport à lui-même, aux autres et au monde. Il faut donc envisager les symptômes comme des tentatives de guérison, des solutions d'urgence nécessaires sinon vitales. En ce sens, elles doivent être respectées, comme tout symptôme. Les attaquer de front est toujours aléatoire dans la mesure où leur construction et leurs enjeux touchent au plus profond de l'être ».

« Dans les psychoses, le lien consensuel avec la réalité est aboli ou partiellement aboli. A la place, on assiste à l'émergence d'une néo-réalité marquée par le délire et/ou l'hallucination.

Le délire qualifie ce qui s'écarte de la réalité commune et la remplace radicalement. Délirer, c'est sortir du réel sans pouvoir s'en rendre compte, dans la mesure où le délire passe, aux yeux du sujet délirant, pour le réel. Avoir conscience qu'on délire signifie qu'on a cessé de délirer » (Roussillon, 2007. p. 432).

« L'hallucination est classiquement définie (Ey, 1970, cité par Roussillon. 2007. p. 431) comme une « perception sans objet ». Elle peut être aussi une croyance erronée. Esquirol (cité

par Ey, 1970) donnait la définition suivante : « Un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation est à portée de sens, est dans un état d'hallucination. ». Pour Freud, l'hallucination interroge la perception. Elle peut aussi être définie comme l'interprétation juste d'une sensation « fausse » parce que décalée dans le temps. Freud (1937. Cité par Roussillon. 2007. p. 432) souligne que, comme l'hystérique, le psychotique souffre de réminiscences. L'hystérique peut traduire des éléments conscients en éléments inconscients. Dans la psychose, le problème réside dans la façon dont la psyché traduit les inscriptions sensorielles en traces psychiques. L'hallucination signe donc le retour d'une sensation antérieure qui n'a pas, jusque-là, reçu une « bonne » interprétation (Freud, 1895). Elle résulte d'une confusion entre une re-présentation psychique et une perception par défaut de « représentation de la représentation » (Donnet et Green, 1973) ».

Au sein des organisations psychotiques du psychisme, le lien au monde, sous sa forme délirante ou hallucinatoire, est en outre marqué par la confusion entre le dehors et le dedans. « Dans le délire et l'hallucination on est confronté à une massivité importante. La conscience de l'excès disparaît. L'hallucination et le délire passent pour être le réel et rendent compte d'un défaut de symbolisation primaire.

Dans la psychose, poursuit Roussillon, (2007. p. 432) le sujet se protège de l'éclatement, du morcellement, de l'intrusion par toute une série de systèmes de défenses invalidant ses capacités adaptatives. L'angoisse est d'être anéanti, de ne pas exister, d'éclater. Non unifié, sans assignation identitaire, il ne parvient pas à traiter la conflictualité. Il n'y a que du bon ou du mauvais. Le compromis est impensable et le conflit psychique est évité. Ceci est en lien avec la question de l'origine. Le sujet s'est fait tout seul ou il se fabrique une origine divine ou fantastique, un fantasme d'auto-engendrement (Racamier, 1980) ».

Voilà ce qui nous semble pouvoir résumer une première approche de la psychose. Nous allons à présent rendre compte de son traitement, de son approche et des analyses possibles vues du côté de celles et ceux qui exercent les soins en secteur psychiatrique.

La lésion du schizophrène

Pour cerner les difficultés et les complexités auxquelles peuvent être confrontés les schizophrènes, il peut être intéressant de rappeler les six modes que définit Searles (1965, p. 161) : L'interprétation sadique (qui renforce le conflit et l'angoisse), le comportement exagérément séducteur (conflit entre désir d'individualité et symbiose infantile), la stimulation et la frustration simultanée, la double entrave (propositions contradictoires sans possibilité de choix) mise en évidence par Grégory Bateson (1956), la relation à niveaux multiples (plusieurs niveaux de relations sans lien entre eux) et le passage brusque d'une humeur à une autre. La finalité commune de ces modalités conduit à « saper la confiance de l'autre dans la fiabilité de ses propres réactions affectives et sa propre perception de la réalité extérieure » (Searles, 1965, p. 161).

De manière moins générale, l'approche plus schématique de Tosquelles, rapportée par Oury lors de son séminaire à Sainte-Anne en 1984 et publié en 1986, (1986, p. 40-43) évoquant une réflexion lorsque ce dernier arrivât à l'hôpital de Saint-Alban : « Je ne savais pas tellement ce qu'était la schizophrénie. C'était en 1947. Il me dit : « Le schizophrène, qu'est-ce qu'il a ? : Il a un collapsus de la transcendance »... Et il m'a fait un petit dessin. « Tu vois, il est là, mais il

ne peut pas faire d'allées et venues entre deux niveaux, entre l'existence et la transcendance ; il est complètement coincé dans la transcendance »... [...] La difficulté est cette articulation entre le champ de l'empirique, qui serait le champ de la demande, et le champ transcendantal qui serait le champ du désir. L'articulation entre les deux chez le schizophrène serait « lésée ». [...]

On sait bien que s'il n'y avait pas cette « distinctivité » entre Symbolique, Imaginaire, Réel, s'il n'y avait pas cette sorte de mise en question de : « Qu'est-ce que la réalité ? Qu'est-ce que l'objet *a* ? », on ne pourrait pas parler de fantasme, ni des rapports entre le désir, la demande etc. Ça renvoie d'une façon uniforme, uniformisée, à la petite routine quotidienne.

« Il me semble que ce qui est détruit, au niveau du processus schizophrénique, c'est la sous-jacence. Peut-on dire que la sous-jacence du langage, c'est *lalangue* ? *Lalangue* : vous vous souvenez de ce que disait Lacan : « Je ne fais pas de la linguistique, je fais de la linguisterie ! » S'il n'y avait pas de linguisterie, il n'y aurait pas de linguistique. S'il n'y avait pas de *Lalangue*, il n'y aurait pas de « langue ». C'est une façon de dire, d'affirmer, qu'il y a des systèmes inconscients de surdétermination. (Oury, 1986, p. 48)

De Searles à Oury en passant par Tosquelles, Lacan a nourri de ses réflexions la structuration de leurs pensées pour aborder la schizophrénie. Parmi les concepts repérables pour penser la schizophrénie : la dissociation et son développement.

La dissociation.

Ce concept de dissociation s'élabore à travers des croisements réflexifs relatifs à la signification et au sens. Le passage d'un discours à l'autre, la dialectique entre la partie et le tout permettent à Oury de développer une explication de la dissociation avec le soutien des écrits de Gisela Pankow qui s'est longtemps intéressé aux traitements des psychotiques.

« ...pour qu'il y ait du sens, il faut qu'il y ait une sorte de mouvement, de passage. « Passage » d'un système, d'un lieu, à un autre. Dans les quatre discours, le sens, c'est le passage d'un discours à l'autre. Mais ça ne se conçoit pas si on reste dans un seul discours. D'ailleurs, ce n'est pas possible. Il n'y aurait pas de sens. Le sens, ce n'est pas la signification. Le schizophrène ne confond pas signification et sens. [...] Le schizophrène ne peut pas passer d'un discours à l'autre. [...] Et le moi ? C'est justement le moi dissocié. Pourquoi est-il dissocié ? Parce qu'il n'y a pas de *loi du sens*. On peut alors reprendre l'élaboration de Gisela Pankow à propos de la dissociation. La dialectique entre la partie et le tout, et le rapport entre la forme et le contenu, qui obéit à des lois : ce sont ces lois qui sont défailtantes, qui font qu'il n'y a pas de passage, parce qu'il n'y a pas de dialectique possible entre la partie, qui est vécue comme le tout – le « tout » étant, lui, dissocié – et qui ne peut donc s'articuler à l'ensemble. Qu'est-ce que l'ensemble ? C'est ce qu'elle appelle « l'image du corps ». Chez beaucoup de schizophrènes chroniques, quand ils vous parlent, quelquefois on a l'impression qu'ils vont pouvoir dire ce qu'ils cherchent à dire. Mais c'est impossible. » (Oury, 1986, p. 46)

De l'impossibilité de dire du schizophrène à la difficulté de faire émerger l'agent du discours tel que le définit Jean Oury, à savoir le semblant, il nous semble que nous passons-là de la sphère du malade à celle du soignant. Etre au service du soigné semble requérir de la part du soignant une certaine forme de présence pour qu'émerge une forme de présence au-delà du discours.

Le paraître du retrait.

Très proche de la notion de « semblant », (que nous verrons plus loin) le « paraître du retrait » dont il s'agit ici, serait comme ce qui sert le « semblant ». En référence à Lacan, c'est ce qui va déclencher le discours.

« Quand je parle de la présence, ce n'est pas du tout dans cette dimension phallico-théologique, ce n'est pas de ce genre de présence qu'il s'agit. C'est pour ça que je fais appel aux grands philosophes. Et que je fais appel à Heidegger : présence au sens de *Anwesenheit*, ce qui émerge là, non pas frontalement, mais dans une sorte de laisser être, qui permette que ça puisse se présenter comme ça ; surtout ne pas empêcher ça : ce qui se présente, ce n'est pas forcément ce qui va se voir. Et c'est dans ce sens-là que j'ai déjà dit que ce qui est en question – et c'est peut-être ça le semblant – ce qui se rapproche le plus de cette version-là de la présence, on pourrait dire que c'est « le paraître du retrait ». [...] Ça ne se voit pas. Et le semblant, ça ne se voit pas non plus. [...] Pas du ressemblant, du « semblant » ! Le paraître du retrait ! Le mot *princeps*, c'est *Unverborgenheit*, la « déclosion » : pas l'éclosion, pas l'émergence. Et, ce qui compte pour quelqu'un, ce n'est pas non plus de vociférer ou de se faire voir (pour un schizophrène par exemple) c'est que ça puisse se réhabiliter dans une présence du paraître du retrait, que ce ne soit pas une fuite permanente. Il semble qu'on touche là au semblant.

[...]

... dans la typologie des quatre discours de Lacan, la place du semblant, c'est la place de l'agent du discours, c'est ce qui va déclencher le discours.

[...]

... le mot clé, c'est le passage d'un registre à l'autre.

[...]

... dans un milieu institutionnel, se pose toujours le problème de : « Qu'est-ce qui est en question pour qu'il puisse y avoir passage ? » Autrement, ça resterait des discours académiques, et vous pourriez toujours vous parler « de je ne sais quoi » entre vous, ça ne changerait rien à l'existence quotidienne de tel ou tel catatonique. [...] C'est la question de la mise en acte, de la mise en scène, de la présentation, de la mise en texte, pour faire passer quelque chose. (Oury, 1984, p. 67-69)

Nous cernons là toute l'importance de la posture requise par les soignants entre autre. Nous voyons bien là qu'il est difficile, parce que subtil, de distinguer ce qui relève de la présence vécue et ce qui relève de la présence démontrée. Nous allons voir sur quelle ligne de crête se situent quelques raisonnements possibles relatifs au secteur psychiatrique.

LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

La psychothérapie institutionnelle.

Dans une communication aux Rencontres de Saint-Alban les 20 et 21 juin 1986, le Docteur Pierre Delion, Psychiatre des Hôpitaux et chef de service, revisite l'histoire du secteur qui a tenté d'articuler la psychiatrie de secteur comme possibilité avec la psychothérapie institutionnelle comme méthode.

Il évoque les soins à l'extérieur de l'hôpital (maisons de retraite, foyers de jeunes travailleurs, les mines d'ardoises de Trelaze...) qui ont préfiguré la sectorisation. Mais surtout, il élabore une réflexion sur quelques nœuds structuraux qu'il déduit de la pratique : le transfert et son corollaire qui vise la continuité des soins, l'accueil, le lien, la mise en fonction du « contre-transfert institutionnel de secteur »...

Dans le bouleversement des restructurations que vit la psychiatrie à cette époque, Pierre Delion revient sur la position du soignant, la fonction de la réunion, la notion de déhiérarchisation et sur le triptyque : statut/rôle/fonction. Il évoque la nécessité de veiller au remaniement incessant des structures soignantes, à la perméabilité des échanges entre les institutions et à leur permanence sur laquelle s'appuyer pour que tiennent les souplesses quotidiennes de leur fonctionnement.

Puis, il aborde l'organisation de l'accueil en citant Jean Oury qui parle de « programmer l'aléatoire » fonction essentielle dit-il, d'une équipe de psychiatrie. Pour en venir finalement à l'importance de la notion d'ambiance. Il rappelle la mise en place des clubs thérapeutiques, instrument de décroisement des services pour améliorer l'ambiance générale et particulière, mais aussi avec les relais dans le secteur qui ont permis de transformer l'ambiance en profondeur. Le développement des lieux d'accueil a suivi la progression de la notion de service. Pour autant, il fallait rendre fonctionnelle les articulations entre les différents lieux spécifiques pour permettre à l'équipe soignante puis au malade lui-même d'y retrouver du sens.

Delion (1986) propose de situer trois fonctions : une fonction phorique (qui concerne ce qu'on appelle la prise en charge, quand l'équipe soignante porte le malade avec une neutralité bienveillante et suffisamment bonne), une fonction métaphorique (qui caractérise ce qui prend sens pour le malade, la réalité de son appareil psychique et la pertinence des concepts d'inconscient et de transfert), et enfin, une fonction diacritique en référence à Jean Oury (comme un rappel de la nécessité du jeu, de la dialectique, une « balise collective » pour tenir compte de la tâche aveugle).

Après cette présentation, un intervenant, un infirmier, parle de « temps morts » de « mal temps » et il ajoute : « la réalité, c'est que le temps infirmier se réduit, pas forcément en temps absolu, mais en temps personnifié... du temps infirmier, on en a de moins en moins. »

A cette intervention, Delion rappelle « tout le monde dit : il y a du temps mort, il n'y a pas de vie. » et il en profite pour raconter comment on envoie un malade en séjour de rupture en espérant qu'il reviendra quinze jours plus tard avec quelque chose de mobilisé chez lui...

Oury (1986, p. 154) prend la parole pour dire que l'absentéisme dans un hôpital est un bon baromètre du fonctionnement. Avant d'ajouter : « Il y a donc un temps professionnel, mais il y a aussi en face, si on peut dire en face, puisque cela se mélange, des gens dont on s'occupe

et qui sont quand même un peu bizarres... Et le temps n'est pas le même. Ça peut être important dans le problème de la continuité, le problème du transfert. On sait bien que la continuité, c'est l'intégral du discontinu (au sens mathématique). C'est ce que dit Winnicott. C'est la discontinuité qui fait qu'il y a une continuité des prises en charge. Mais on voit bien que cette discontinuité, elle n'est pas uniquement dans le temps ; pour que la discontinuité puisse prendre, pour qu'elle puisse se greffer sur l'existence, il faut que ça prenne quelque part, il faut qu'il y ait un espace, comme dit Pankov, que ça coagule dans un espace... On sait bien que dans la schizophrénie, c'est ce qui ne prend pas. ».

Jean Oury essaie d'articuler, de théoriser ce qu'il entend par « collectif » en 1984 lors d'un séminaire à Saint-Anne. Il cherche à le définir pour coordonner ce que l'on fait dans une dimension psychothérapique. Il essaie d'en préciser la nécessité et d'en voir les effets souhaités.

Il s'interrogeait d'une façon caricaturale en disant souvent : « Peut-on programmer le hasard ? » Il disait jouer sur les paradoxes, bien que ça s'articule, d'une façon tout à fait cohérente, avec des notions telles que pouvoir préserver des espaces de jeux (au sens de Winnicott). « Pour pouvoir préserver ou créer des espaces de jeux, il faut une certaine rigueur » disait-il. Et là, il pensait à la rigueur intellectuelle pour se repérer, articuler des liens entre différents pans de raisonnements. D'où cette notion de passage sur laquelle il a beaucoup disserté et dont nous allons reprendre quelques idées.

Le passage d'un groupe à l'autre, d'un discours à l'autre.

Lors des Rencontres de Saint-Alban en 1986, Tosquelles évoquait le passage en ces termes : « Ce qui se passait ici, c'était qu'il y avait des espaces thérapeutiques différents – comme le dit Bonnet – qu'il fallait coordonner, mais en fait, c'était mettre en relation le passage d'un espace à un autre. Ça c'est angoissant. [...] La seule chose importante que vous passez, c'est vous-même, c'est à ce moment-là que commence la thérapeutique, au bord, à la frontière. Et c'est pourquoi, entre espace et espace thérapeutique, à l'intérieur de l'hôpital, ou au dehors, l'importance ce n'est pas ce qui se passe dans tel ou tel secteur, c'est ce qui se passe au moment du passage. C'est à ce moment-là que ça devient aigu... » (Tosquelles, 1986, p34).

Deux ans auparavant, Oury (1986, p. 17), qui échangeait déjà beaucoup avec les théoriciens de l'analyse institutionnelle de l'époque, s'en référait à son confrère : « Tosquelles privilégie beaucoup la notion de passage. Par exemple, dans un petit article de 1960, sur la « sémiologie des groupes ». Le passage d'un groupe à l'autre : souvent, on joue dans un autre groupe ce qui s'est déclenché dans le premier (*acting-out* et passage à l'acte). Cette notion de passage, on la retrouve également dans l'élaboration et la théorie des quatre discours de Lacan. En effet, ce qui est en question, ce n'est pas chaque discours, mais le passage d'un discours à l'autre. C'est l'émergence du discours psychanalytique : discours ouvert qui permet le passage aux autres discours. ».

Dans ces deux extraits, nous voyons que la notion de passage vaut pour le discours, mais aussi pour l'espace, l'aire de circulation physique dans l'hôpital comme à l'extérieur. Dans le droit fil de cette réflexion, il nous a semblé logique de décliner la notion de « tuché » développée par Lacan et reprise par Oury.

La « tuché ».

La différence entre l'hôpital d'hier et celui d'aujourd'hui si l'on en croit la littérature sur le sujet, expose de grandes différences ne serait-ce qu'au niveau des aménagements. Autrefois, les lieux étaient variés et les possibilités de passage d'un espace à un autre étaient largement « justifiées ». En effet, on trouvait des ambiances très différentes selon les espaces de circulation ou de vie. Il y avait des cuisines comme on en fait plus (souvent pour des questions budgétaires). Des « clubs » où pouvaient se retrouver des patients selon leurs intérêts du moment. Les espaces extérieurs ouvraient de larges possibilités de rencontres comme d'isolements. Les choix d'ambiances étaient là. Aujourd'hui, tout est plus resserré, confiné, uniformisé. Il est difficile et néanmoins possible de trouver des variations d'ambiances motivant des circulations, des passages d'un lieu à l'autre, des rencontres.

« Lacan, dans le Séminaire XI sur les quatre concepts, parle de la *tuché* : « Soyez tychiques ! » dit-il. La *tuché* : la fortune, la rencontre, la bonne et mauvaise fortune. Lacan ajoute que ça met en question quelque chose de l'ordre du réel. S'il y a vraiment rencontre, il y aura changement structurel, du fait même de la rencontre. » (Oury, 1986, p. 20).

Deux ans plus tard, Oury (1986, p. 154 – 155) revient sur cette notion d'une autre manière, avec d'autres mots : « Qu'est-ce qui fait que notre existence puisse prendre un sens si ce n'est qu'on peut passer d'une situation à une autre situation, et à une autre situation ? Ce n'est que « dans » une situation que le sens va se développer. Le sens est lié au passage d'une situation à une autre. A condition que cette situation « autre » ne soit pas la « même » que la première. Mais ça ne peut fonctionner que s'il y a possibilité de passage d'un lieu à un autre, d'une situation à l'autre. Cela nécessite donc une relative liberté de circulation. Pour rendre efficace et possible une liberté de circulation, ça exige un changement radical de toute structure de l'établissement. [...] Par exemple, la cuisine d'un établissement, c'est un des lieux les plus extraordinaires qui soit, en tant que lieu de « réanimation ». Mais ce n'est possible que s'il y a une liberté de circulation, que les malades les plus difficiles, les plus délirants puissent y aller, parler avec les cuisiniers, travailler un peu avec eux, même cinq minutes, pas forcément pour faire les pluches. S'ils sont acceptés, bien accueillis, on possède un « outil » psychothérapeutique de premier ordre. ».

« On peut s'appuyer sur cette petite phrase de Lacan (Oury, 1986, p. 21) dans le séminaire : « D'un discours qui ne serait pas du semblant », à la deuxième page, c'est un raisonnement épistémologique ; il dit : « Il n'y a de faits que de discours. » Vous retrouverez ça, d'une façon un peu variée, dans le séminaire *encore* qui est une mine extraordinaire, qu'il faut relire dans tous les sens, tout le temps. « Il n'y a de faits que de discours » ; pas n'importe quel discours, pas du baratin. ».

Après avoir réfléchi à la fonction de la rencontre, du sens du passage d'un espace à un autre, de la « traduction » concrète dans l'aménagement des espaces dans un établissement, la réflexion de Jean Oury nous conduit à considérer la place de chacun dans l'établissement.

Sens, détour et transfert.

Toute la question et la difficulté que l'on perçoit à la lecture des pensées de Oury, consiste bien à trouver les clés théoriques et méthodologiques pour que la nécessaire variabilité des lieux ne soit pas une enfilade de possibilités où se perdre, mais bien une organisation où se

retrouver. On comprend alors pourquoi il ne cesse de préciser tout l'intérêt de mettre en marche un collectif au service du patient. Un agent organisateur du sens, des détours et du transfert.

« Notre travail (Oury, 1986, p. 155 à 156) est d'essayer de remettre les « insensés » dans le sens. Et c'est là qu'il faut être clair : les « remettre dans le sens », c'est leur permettre de faire des détours sans qu'ils puissent s'égarer. L'intelligence, c'est bien la capacité de pouvoir faire des détours, ce n'est pas d'aller en ligne droite – ça, n'importe quel robot peut le faire – c'est tourner autour des choses, à condition de ne pas s'égarer, d'avoir un but, c'est-à-dire de rester dans le sens. Le sens, c'est le détour, et la signification, c'est la ligne directe. [...] en reprenant les élaborations de Frege, on pourrait dire que le collectif, *c'est l'agent de l'oblique*. S'il n'y a pas de détours, il n'y a pas de moyen de retrouver le sens. Alors, si on commence à noter le travail qu'on fait suivant le temps qu'on y passe, sans tenir compte de ce qui « compte » !... Parce que ce n'est justement pas « le temps », mais la qualité du temps, et la capacité de faire des détours qui comptent ! Mais ça, ça ne passe pas dans la technocratie habituelle. En réalité, je suis pour une technocratie surfine ; mais ça n'existe pas. Ce serait une technocratie qui pourrait tracer *des détours spécifiques pour chacun*. C'est-à-dire mettre en question quelque chose de l'ordre du transfert. Parce que le transfert, c'est avant tout transférer, et transférer du sens, c'est faire des détours ».

Tout ce travail d'élaboration nous amène à considérer l'importance qu'il peut y avoir à nous situer dans ce qui relève du cadre et ce qui se rapporte au processus dans le cadre. Car il semble important de bien distinguer les catégories théoriques et méthodologiques et leur articulation. C'est à cette fin que nous avons choisi parmi la littérature vaste et conséquente de nous concentrer sur la pensée de Bleger uniquement. Cela nous permettra de revenir à Jean Oury par la suite pour évoquer sa notion « d'espace du dire ».

LE CADRE

Le processus dans le cadre.

Dans un texte intitulé *Psychanalyse du cadre psychanalytique* paru en 1979, José Bleger élabore une réflexion sur les phénomènes à l'œuvre dans la relation thérapeutique en établissant des parallèles avec le cadre psychanalytique.

Le cadre contient le processus (objet d'étude, d'analyse et d'interprétation). Le cadre se réfère à une stratégie, non spécifiquement à une technique. Il est « un accord entre deux individus qui implique deux éléments formels d'échange mutuel : le temps et l'argent » (Lieberman, 1961).

Parfois, seule une hospitalisation peut résister à l'éclatement du cadre recherché ou provoqué par un patient. Bleger s'intéresse au cadre qui se maintient, non celui qui éclate et se transforme en variables. En somme, le cadre qui ne fait pas problème dans le but de montrer qu'il est un problème.

« Une relation humaine qui dure des années, au sein de laquelle se maintient un ensemble de normes et d'attitudes n'est rien moins qu'une véritable définition de l'institution. Le cadre est donc une institution à l'intérieur des limites de laquelle se produisent certains phénomènes auxquels nous donnons le nom de comportement ». (Bleger, 1979).

Et de poursuivre en citant Fenichel (1945) « il est hors de doute que les structures de l'individu créées par les institutions contribuent à conserver ces mêmes institutions ».

Pour Bleger, nous ne devenons conscients des institutions que lorsqu'elles font défaut, se bloquent ou cessent d'exister. De ce qui est toujours présent, il n'y a pas de perception consciente. C'est le manque qui révèle.

« Ainsi, le cadre est constant et il est de ce fait un facteur déterminant dans les phénomènes qui régissent les processus du comportement. Autrement dit, le cadre est un méta-comportement, et les phénomènes que nous distinguons en temps que comportement en dépendent. Il est l'implicite dont dépend l'explicite. » (Bleger, 1979).

De là, après une digression par un exemple illustratif, Bleger suggère de traduire que le cadre (défini en tant que problème) est la compulsion de répétition la plus parfaite et qu'il y a donc deux cadres : celui maintenu par l'analyste et celui du « monde fantôme » sur lequel le patient projette.

Rodrigué (1966) cité par Bleger parle d'un « transfert suspendu » et « d'une difficulté qui surgit parce que nous parlons d'un phénomène qui, s'il existait dans sa forme la plus épurée, devrait nécessairement être muet par définition ».

Bleger a relevé dans l'analyse des psychotiques la coexistence d'un déni de l'analyste et d'une sensibilité exagérée à la moindre infraction de n'importe quel détail de « l'habituel » (le cadre en l'occurrence). En fait, le patient apporte ce qu'il a (son méta-moi) et il n'attaque pas forcément le cadre, mais sa propre organisation, même désordonnée. De même, dans le transfert psychotique, ce n'est pas l'affect qui est transféré, mais « une situation totale, l'ensemble du développement ». (Lagache, 1952).

Bleger pense que les institutions sont dépositaires de la partie psychotique de la personnalité. Des anxiétés psychotiques se produisent à l'intérieur du processus, ce qui est « mobile » par rapport à ce qui ne l'est pas : le cadre. Il poursuit en guise de parallèle en considérant la situation psychanalytique comme une institution, spécialement quant à son cadre.

Il poursuit en disant qu'il est « possible de considérer le cadre comme une « accoutumance » (« addiction ») qui, si elle n'est pas analysée systématiquement, peut prendre la forme d'une organisation stable, et fournir le fondement d'une organisation de la personnalité à partir de laquelle l'individu forme un Moi « ajusté » et qui prend pour modèle les institutions dont il fait partie. » (Bleger, 1979).

« L'alliance thérapeutique » est, une alliance que fait le thérapeute avec la partie la plus saine du patient et cela est vrai en ce qui concerne le processus, et non le cadre. Avec ce dernier, l'alliance est établie avec la partie psychotique (ou symbiotique) de la personnalité. Le cadre est toujours la partie la plus régressive, la plus psychotique du patient. Le cadre est une présence permanente, comme le sont les parents pour l'enfant.

Bleger (1979) donne l'exemple dans son texte d'un patient qui requière le tutoiement avec son psychanalyste. Il en découle la réflexion suivante : « le fait d'accepter le « méta-moi » du patient (le cadre) ne signifie pas qu'on doive abandonner son propre cadre, car il est le seul moyen dont on dispose pour analyser le processus et pour transformer le cadre lui-même en processus. Toute interprétation du cadre touche la partie psychotique de la personnalité. »

Dans un autre exemple, le même auteur raconte en quoi le détail de serrer ou pas la main de son psychanalyste témoigne de ce que le patient possède un autre cadre que celui de l'analyste, une autre *Gestalt*, c'est-à-dire une organisation aux structures spéciales.

L'espace du dire.

Plus centré sur les processus de mise en relation entre soignés et soignants et leurs effets, Jean Oury affine sa réflexion autour de la structure collective et de la facilité d'y circuler au service du malade.

« Dans un hôpital, ou le secteur, dans un établissement, on doit définir ce qui nous semble un élément essentiel au travail : un lieu. Un « lieu » pour que quelque chose puisse se manifester. Ce que j'avais appelé il y a longtemps un « espace du dire » en corrélation avec le transfert. [...] Un système qui permette l'émergence de quelque chose, qui permette qu'il y ait de la vie simplement, et que ce ne soit pas étouffé par des manigances répressives. [...] Créer un espace du « dire », où il y ait des gens qui viennent ou qui ne viennent pas, mais qui passent par là, et qu'il y ait quelque chose qui arrive là, qui émerge, où il y a des gens qui se « modifient », au bout de quelques années, ça ne peut être que dans une dimension, non pas directe (d'ordre à ses administrés) mais indirecte, avec, au moins, une double articulation. [...] Quand il y a des cas difficiles, on peut réunir ce qu'on a appelé la « constellation » ; c'est-à-dire les gens qui sont en relation, plus ou moins explicite, avec tel ou tel personnage psychotique. En parlant pendant une ou deux heures avec ces gens-là, et en les faisant parler entre eux, on est très surpris, souvent, de voir un changement extraordinaire du malade en question quelques heures après. Il n'est plus suicidaire, il n'est plus fugueur, il n'est plus gâteux... Ça teint ou ça ne tient pas, mais enfin... Autrement dit, pour traiter le patient psychotique, ce n'est pas l'abord direct qui est le plus efficace. Ce qui est en question, c'est ce qui se passe au niveau de la constellation. Ce qui importe, c'est non pas d'établir des relations directes avec tel ou tel malade, mais des relations indirectes, en tenant compte d'une structure collective, et des systèmes de « médiation ». [...] les « constellations », pour que ça se concrétise, il faut que les gens puissent vivre un peu, circuler un peu. [...] Donc, « constellation », implique un minimum de « liberté de circulation ». On sait bien que le schizophrène ne fait pas un choix administratif des gens qui lui « reviennent » ou qui ne lui reviennent pas. Il ne choisi pas parmi les diplômés. Il choisi son copain, il choisi la femme de ménage, il choisit les gens qu'il voit chaque jour et qui ont une gueule qui lui revient.

Il choisi un interne qui passe, ou un infirmier, ou le cuisinier s'il va à la cuisine. La « constellation » a d'autant plus d'efficacité qu'elle est hétérogène si les gens ne se ressemblent pas. [...] Il y a alors bien plus de surprises, d'échanges, de manifestation, d'expressions. » (Oury, 1984, p. 54 à 57).

Nous avons choisi d'évoquer cet extrait de Jean Oury parce qu'il évoque cette idée de « constellation » que j'ai pu observer lors de mon stage à l'hôpital Maison Blanche. La liberté de circulation y est bien réelle et les possibilités de rencontres aléatoires et singulières sont ouvertes. Nous avons éprouvé certains discours contenant du désir que nous pensons contenu dans une dimension de transfert.

Désir et transfert.

Visiblement, le désir ne se donne pas à voir directement. Il n'est pas toujours dans le discours, ni donc dans les actes du patient comme du soignant. Ainsi, le désir est contenu dans ce que l'on nomme le « transfert ». L'analyse du transfert seul peut révéler ce qu'il en est de la réalité du désir.

« Poser une question, prendre une décision dit Oury (1984, p. 125), tout ça tourne autour de quelque chose qui est de l'ordre d'un certain désir, d'un désir qui s'exprime dans un certain discours. Et qu'est-ce qui fait qu'un désir puisse s'exprimer dans un certain discours ? Pouvoir exprimer quelque chose, ça ne peut se faire que dans une dimension de transfert. [...] On peut définir le transfert comme la possibilité d'émergence d'un désir, mais *sous forme d'un dire* qui va pouvoir s'exprimer dans un discours (Je vous rappelle la phrase de Lacan : « Il n'y a de faits que de discours. »).

Une différence est faite par Oury entre ce qui relève du désir, comme s'il était sous tendu, sous-jacent à la demande. Un peu comme s'il fallait considérer deux niveaux, l'un moins visible (le désir) que l'autre (la demande).

La demande et la sous-jacence.

Oury (1984, p. 36-37) tente de structurer ce qui relève de la demande et ce qu'est la sous-jacence avant d'en venir à ce qui peut se dire de cette demande. Nous retenons que la demande qui peut être exprimée n'est pas forcément l'expression d'un désir en sous-jacence. Il explique son point de vue lors d'une rencontre qui eut lieu en septembre 1958 à Barcelone : « Nous étions allés à une de ces rencontres extraordinaires, organisées par Moreno. On pouvait avoir des salles, des tables rondes. Il y avait eu un petit groupe, déjà, sur la psychothérapie institutionnelle, qui était présidé par Henry Ey. J'avais été amené à dire que ce qui est en question dans un certain champ de travail, même dans un système aléatoire, où il y a des rencontres, du hasard qui fonctionne, où tout n'est pas colmaté par un truc dogmatique et où tout n'est pas prévu d'avance, que dans un tel champ, on a à faire à une certaine forme de dialectique, une dialectique qui essaie de déchiffrer ce qu'il en est de la demande, dans le sens bien mis en place par Lacan... *Une dialectique des demandes*, en précisant que le problème de l'analyse, c'est justement de ne pas se laisser « avoir » par les demandes. [...] Je disais qu'il fallait tenir compte de ce qu'on pourrait appeler la sous-jacence. Il y a une sous-jacence... [...] Dans le sens de Lacan, on peut dire que la sous-jacence, c'est le lieu du désir. Quelques années après 1958, j'avais lu cet article de Lacan, paru depuis dans les *Ecrits* : « Subversion du sujet et dialectique du désir ». [...] je prends le mot désir et je le mets là, dans la sous-jacence. Il n'est pas au niveau des demandes. C'est pour ça qu'on dit qu'on n'a pas d'accès direct au désir. »

« Dire : « Il y a de la sous-jacence », c'est une *décision*. C'est un acte « décisoire » épistémologique. C'est une décision de dire : « il y a autre chose que ce qu'on voit. [...] c'est tenir compte du fait qu'on doit pouvoir articuler quelque chose de l'ordre de l'inconscient. [...] Mais il ne s'agit pas de confondre, d'amalgamer l'inconscient et la sous-jacence. [...] Le problème est d'être, non pas simplement à l'écoute, mais dans une position qui est forcément une position d'interprétation, au sens analytique du terme, en faisant très attention de ne pas sombrer dans un délire interprétatif. » (Oury, 1984, p. 59).

Quand, de façon un peu rapide, on parle de motivation au niveau du management d'aujourd'hui, ne sommes-nous pas à côté de la sous-jacence du soignant ? Quand on évoque les motifs des actes du psychotique, ne pourrait-on pas y voir une forme de sous-jacence à la manière de Jean Oury ?

Si le cadre détermine des conduites, permet l'émergence du désir, facilite des demandes, il en est de même de la fonction du collectif. Il est chargé de faire le lien, de structurer les

mouvements d'échanges, de paroles, de rencontres et de remettre en permanence sur le métier le sens de son engagement pour éviter de sombrer dans le « pratico-inerte ». D'où l'intérêt d'aborder la dimension éthique du collectif, c'est-à-dire l'articulation entre son propre désir et son action.

LE COLLECTIF

L'opérateur.

Cet opérateur qu'est le Collectif permet le jeu d'une double articulation entre l'établissement et les institutions de cet établissement et entre ces institutions et un-chacun (comme le dit Tosquelles).

« Il est important de distinguer établissement et institution. Le Collectif, ce n'est ni un établissement, ni une institution.

On peut se référer, en ce qui concerne le terme « institution », à un livre paru en 1952 : *Vocation actuelle de la sociologie*, de Gurvitch. Dans la première partie, il y a une analyse qui est l'élaboration d'une micro-sociologie, la coordination « des paliers d'existence sociale »... Mais il ne s'agit pas ici de palier.

La machine abstraite, Le Collectif, est-ce que c'est de l'ordre de ce que Tosquelles appelle la « polyphonie » et les multiréférences, la multidimensionnalité ? Non, car ce ne sont que des effets de cette machine abstraite.

Est-ce que c'est ce que Félix Guattari appelle la « transversalité » ? Là aussi, ça ne peut être qu'un effet.

Et les rapports complémentaires de Dupréel, dont on fait grand cas ? Ce n'est qu'un effet.

[...]

Ou quelque chose qui se rapproche de l'élaboration de Lévi-Strauss à propos de la structure : ce qu'on appelle un *ensemble d'invariants* ? Je dis « non ». Certainement que ça joue là-dedans, bien sûr. Mais ce n'est pas ça encore... On peut en rajouter !

[...]

Lacan disait toujours : « La structure, c'est le langage. » Alors on lui a fait de drôles de tours quand il a dit : « L'inconscient est structuré comme un langage »... Heureusement il a inventé : *Lalangue*. On voit bien que c'est à ce niveau que se pose le problème du collectif.

« L'asphérique » c'est la mise en question, justement, du sujet, mais pas du moi. Le sujet, ce n'est pas le moi. Et ce qui est en question, justement dans la psychose, c'est que le sujet est coincé, a « déraillé » dans le symbolique, est dans un état de souffrance [...] C'est le sujet de l'inconscient qui a déraillé... » (Oury. 1984. p. 24-25).

Jean Oury pense donc le Collectif et tente de le théoriser, mais il n'échappe pas à la notion d'éthique pour que ce Collectif fonctionne.

La fonction diacritique du collectif.

Jean Oury raconte comment il en est arrivé un jour à titrer un exposé sur la *Fonction diacritique du Collectif*, initialement titré *Fonction dialectique du collectif*. « Je me suis dit : « Mais c'est tout à fait ça une *fonction diacritique* ! » On met en place quelque chose, dans un milieu amorphe la plupart du temps, ou sériel, ou « pratico-inerte » (comme dirait Sartre). On essaie d'introduire des systèmes –Sartre dirait « des tiers régulateurs » - pour qu'il y ait une « totalité détotalisée », c'est son langage. Ou bien encore pour qu'il y ait un processus dialectique. » (Oury, 1984. p. 22)

« ...une fonction qui permet de distinguer les différentes choses, de pouvoir séparer les plans, les registres. En fin de compte, c'est une fonction d'analyse structurale. »

Oury (1984, p. 158) évoque l'importance d'analyser son statut, son rôle, sa fonction dans l'institution pour ne pas se figer dans une représentation qui rendrait le travailleur aliéné, complice de son aliénation. Il estime nécessaire de faire une gymnastique permanente entre les rôles, les statuts et les fonctions. Et il établit un lien de pensée avec la fonction diacritique qui essaie de mettre en relief, de distinguer le Réel, le Symbolique, l'Imaginaire, le passage de l'un à l'autre, les problèmes de castration, de transfert, d'identification.

Au travers de ces concepts Jean Oury coordonne sa pensée pour créer un mouvement que nous dirions « anti sclérosant » d'un établissement psychiatrique. Il crée ainsi les conditions, les opportunités d'émergences pour soutenir le travail de soignant. Il crée le concept d'entours, constitué d'éléments relatifs au milieu dans lequel vit le malade. C'est en permettant que ces éléments soient pensés qu'il seront modifiés ou utilisés pour le malade mentale. L'éthique participe de cette réflexion générale qui relève de l'engagement de chacun et du rapport entre l'action et le désir qui le sous-tend.

L'éthique dans le collectif.

Alors qu'un intervenant au Séminaire de Sainte-Anne en 1984 interroge Jean Oury sur ce qui a bien pu se passer à Saint-Alban après guerre pour qu'émerge un collectif autour de Tosquelles, Oury (1984, p. 27) répond que ce n'est « pas forcément un projet explicite. C'est plus une façon d'être, d'appréhender le problème des rencontres, du hasard. Il y a en effet un problème de décision, sur le plan éthique. Mais c'est en même temps un problème de « justification » : de ce qu'on fait là. Qu'est-ce qu'on fait là ? Cette justification n'est pas une rationalisation. C'est une justification de cette dimension éthique. [...] On rejoint là une définition de Lacan dans son séminaire sur l'éthique (en psychanalyse) quand il dit que l'éthique, c'est cette sorte de rapport, de juste mesure, d'articulation entre son propre désir et son action. C'est tout un programme. ».

Pour préciser le rapport entre le désir et l'action, Oury (1984, p. 38-39) se réfère à cette précision « épistémologique » de Lacan, quand, dans son séminaire de 59-60 sur l'éthique, il définit ce qu'il en est de l'éthique dans le champ de la psychanalyse : « Une mesure qu'il y a dans l'action entre l'action et son propre désir. La validité de ton action, au sens éthique du terme, c'est en quoi elle se rapporte à ton désir. Ce qui peut sembler, si on a une mauvaise définition du désir, un scandale : si le mot désir se confond avec le plaisir, la jouissance etc. Il faut bien distinguer les choses. C'est donc cette sorte de mesure de l'action par le désir, qui définit l'éthique. Tout cela, pour en arriver à dire que, pour pouvoir se justifier sur le mode

éthique, ça nécessite cette sorte de double articulation entre deux registres différents : entre l'empirisme et le transcendantal. »

On pourrait presque dire qu'une distance est prise entre ce qui relève de la décision et ce qu'il découle de cette décision. Une marge en somme entre ce qui peut être pensé pour agir et l'action réalisée sans mise en perspective. Peut-on dire que l'éthique oriente le type d'influence du milieu ?

L'INFLUENCE DU MILIEU

Entours.

En quoi le milieu peut être pathogène ? Pour tenter de répondre à cette question, Oury élabore une réflexion en choisissant de développer les concepts d'entours, d'ambiance et de semblant.

Oury (1984, p. 23) explique l'attitude d'une patiente à l'extérieur du dispensaire quand elle va au bureau de tabac et son agitation lorsqu'elle revient à l'intérieur du dispensaire. Il fait l'hypothèse d'une influence des différences des interactions sur le comportement de la patiente entre l'intérieur et l'extérieur du dispensaire. Et il précise : « Ce sont des éléments qui doivent s'articuler, avec ce que rappelle depuis toujours la « pathoplastie ». C'est-à-dire l'influence des entours. Les « entours », c'est un mot du XIII^{ème} siècle, pour ne pas dire « le milieu ». Les entours. On peut varier les entours, et ça modifie quelque chose. Ça ne modifie pas profondément son état d'exubérance. Mais ça modifie quelque chose et elle s'en souvient, elle enregistre tout. Ça modifie la façon dont on doit accueillir, etc. ».

Oury (1986, p. 153) réprecise sa pensée en 1986 lors des rencontres de Saint Alban. « Il y a très longtemps, [...] j'avais essayé de parler à propos d'un tableau psychopathologique, de la clinique, de la symptomatologie, de cette influence du milieu sur le sujet (psychotique ou pas) ; j'avais appelé ça, en empruntant le terme à un psychiatre de la phénoménologie allemande, Birnbaum : Pathoplastie... ce qui est fabriqué – la plastie – comme pathogène, pathologique, par le milieu.

Lorsqu'une définition de la psychothérapie institutionnelle est tentée, Jean Oury la définit comme étant « une foule de techniques qu'on essaie de mettre en place dans un établissement pour supprimer les quartiers d'agités et les quartiers de gâteaux. » Pour que cela fonctionne, il faut certes un collectif mais aussi réfléchir à la notion d'ambiance et de semblant qu'il développe.

Ambiance et semblant.

L'ambiance est faite de multiples facteurs dont le « semblant ».

« On peut dire que ce qu'il y a de plus fragile, c'est ce qui fait « l'ambiance », en fin de compte : c'est une certaine qualité du semblant. On voit bien que sur ce qui se passe dans un tissu social, de vie quotidienne – avec toutes les finesses que ça peut représenter, la façon de saluer quelqu'un, etc. – que tout ça peut être complètement cassé ; et que cette destruction-là ne touche pas le niveau du réel, ni le niveau du symbolique, ni celui de l'imaginaire : ces

systèmes-là n'appartiennent pas à la sous-jacence, mais ils sont le soubassement de ce qui est en question. Le tissu même de l'existence, ce qui fait qu'on peut saisir quelque chose qui bouge, qu'on va pouvoir passer à autre chose que ce qu'on était en train de penser, il me semble qu'on peut, en première ligne, appeler ça le semblant. (Oury, 1984, p. 66).

L'ambiance ne se donne donc pas à voir comme une évidence. Elle relève du ressenti humain que Jean Oury tente de déconstruire pour le rendre plus opérant. Le semblant, c'est le manque, c'est l'agent du discours. C'est une qualité sensible à extraire pour déterminer si l'ambiance est agréable ou pas.

Le semblant.

Jean Oury répond à une question relative à l'articulation entre l'évidence et le semblant.

« Au niveau de la vie institutionnelle, c'est une sorte de « qualité sensible » qui existe ou n'existe pas. Pas simplement au niveau de ce qu'on appelle les sentiments *pathiques*, de savoir si c'est agréable d'être là, si c'est léger, si c'est lourd ; mais quelque chose qu'on pourrait presque définir par la négative. On dit (même si ça peut sembler idiot) : « Là, j'étais dans une pièce, où des gens discutaient... Eh bien, il n'y en avait pas ! – De quoi ? De quoi parles-tu ? – Eh bien du semblant ! – Ah bon ! » ... Il n'y avait pas de semblant... C'est intéressant de le définir par le manque, c'est-à-dire une atmosphère qui aboutissait à peu de chose. Bien sûr, si on veut être strict, le semblant, ce n'est pas le vraisemblable, ce n'est pas le semblable, ce n'est pas le « comme si ». Le semblant est situé, topologiquement, dans l'ordre même du discours. Mais tout est de l'ordre du discours ! Le semblant, c'est ce qui permet, justement, qu'il y ait un discours quelconque. Si on prend la topologie des discours de Lacan, que le discours soit celui du maître, de l'hystérique, de l'analyste, ou de l'universitaire, le semblant est toujours à la même place. C'est ce qui va donner une impulsion au discours, ce qu'il appelle l'agent du discours.

A ce niveau, dans une réunion, par exemple, il y a des moments où on sent quelque chose qui devient presque efficace. Là, il y a du semblant. [...] Le schizophrène a une déficience presque chronique de la fonction du semblant. (Oury, 1984, p. 45).

Nous allons revenir sur ce que nous avons évoqué au début de cette partie que constitue la revue de la littérature, sur cette question d'entours, de liberté de circulation, de ce qu'il s'en dégage et clôt ainsi le cycle de notre revue.

Ambiance et entours.

Dans la prise en charge de personnalités psychotiques, les infirmiers ont une place « d'analystes » avec deux vertus : la disponibilité et la vigilance, disait Jean Oury. Il ajoutait que la gentillesse pouvait être prise en compte dans le vecteur d'efficacité. Et le respect d'autrui, introduisait une dimension éthique. Ainsi en allait-il aussi de la notion de contact, de « bon contact ».

« On sait très bien que dans la reconstruction de la conscience (Oury, 1984, p. 15) la première étape c'est le nom, le Nom du Père, comme diraient certains... A ce moment-là, il y a une reprise de la personnalité, une sorte d'aperception des entours. Les *entours*, ce sont les gens

qui sont là. Il ne s'agit pas d'être gentil-gentil. Il faut qu'il sente qu'il y a une attention. Et, en fin de compte, la personne en souffrance s'aperçoit qu'elle compte pour l'autre. Alors, est-ce que ça peut se programmer ? ».

Au début de son séminaire de Saint-Anne, Oury (1984, p. 16) évoque une série de concepts dont celui d'*ambiance*. « Pour que ça puisse fonctionner, il faut (c'est une constatation et une nécessité) de l'*hétérogénéité*. Tosquelles a toujours insisté beaucoup là-dessus, à juste titre.

Quand on va d'un atelier à l'autre, il faut que ce soit différent. Ce n'est pas évident ! Ce n'est pas parce qu'on passe de la poterie à la reliure, ou à la cuisine, que c'est différent. Ce qui doit être différent, c'est une sorte de tonalité, d'*ambiance*. Il faudrait reprendre le mot « *ambiance* ». Une certaine tonalité, un certain style d'approche, de rencontre... Une certaine attention vis-à-vis du matériau qui n'est pas le même. [...] Je parle des ateliers, mais c'est valable aussi au niveau des gens qui travaillent là. ».

Enfin, Oury (1984, p. 16) n'a de cesse de chercher à toujours tenter de préciser sa pensée en faisant référence aux auteurs qu'il rencontre au fil de ses réflexions : « Pour en revenir à ce que disait Deligny, il est important que les gens qui travaillent là ne se ressemblent pas. [...] à chaque fois, au collègue, je vais lui dire : « Tiens, Untel t'a choisi. » A mon avis, si le « malade » choisit, c'est qu'il y a une possibilité de choisir. ».

Cette question de la possibilité de choisir reviendra régulièrement comme si elle était au centre des possibles à organiser au travers notamment de l'*ambiance* comme nous l'avons vu, mais aussi à travers ce qu'il nomme le « semblant ». Jean Oury ne cesse de vouloir « programmer le hasard » pour que circule les désirs et que se repèrent les hommes et les femmes dans l'institution comme dans leur vie.

PROBLEMATIQUE

De la place d'observateur que nous avons occupé lors de notre stage, nous avons d'abord pensé que le patient en général ne semblait pas totalement satisfait de son séjour à l'hôpital. Nos observations nous ont conduit à considérer les relations interpersonnelles entre patients et entre patients et soignants. Que ce soit avec les psychiatres, les infirmiers et infirmières, les personnels de service, il nous est arrivé d'assister à des scènes de désaccords, voire des « altercations ». Le soin n'est-il pas toujours attendu, souhaité ? Serait-il parfois vécu comme obligatoire ? A moins que les conditions du soin soient parfois mal vécues ? On peut aussi supposer que le genre de la maladie mentale détermine en partie le type de relations qui s'instaure au grès des mécontentements. Une foule de questions envahissent alors le néophyte dans un milieu à découvrir.

Nous avons repéré dans un premier temps, la particularité de notre position de stagiaire posté à la croisée des chemins du temps libre et de l'attente du point de vue du patient. Nous observions les allers et venues entre les heures des repas et les rendez-vous médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux ainsi qu'avec les ergothérapeutes. Nous assistions aux entretiens des patients avec le médecin psychiatre. Nous observions que les styles relationnels étaient différents quand ils n'étaient pas cadrés par l'établissement. Nous repérions différents moments qui nous semblaient vécus plus librement par les patients.

Par ailleurs, si l'observateur que nous étions était parfois ignoré par les patients pendant les entretiens avec le psychiatre, notre présence prenait forme en dehors de ces temps de consultation. Les regards, les paroles et les gestes, les interpellations requéraient de notre part une interaction avec les patients. Nous devenions objet d'intérêt. En retour, nous nous interrogeons sur ces décalages, ces différences de rapports humains.

A côté de cela, en observant les relations des patients avec d'autres que nous même, nous avons le regard attiré par les actions des soignants. Nous avons quelques difficultés à nous départir de nos capacités d'observations professionnelles de psychologue du travail. Un effort supplémentaire nous obligeait à distinguer ce qui relevait de notre sujet d'études et ce qui se révélait à nous d'un autre point de vue.

Parmi nos interrogations, il en est une qui nous semble résumer notre point d'intérêt de stagiaire en psychopathologie clinique au regard de nos lectures, de nos échanges, nos rencontres et nos réflexions. Elle nous permettra sans doute de répondre à l'étonnement premier qui nous a mené là où nous en sommes de notre réflexion pour l'analyse institutionnelle.

QUELLE PLACE PREND LA FONCTION DE L'INFORMEL EN PSYCHIATRIE ?

Pour illustrer notre propos, nous avons privilégié l'observation de quatre patients en interaction avec nous pendant notre stage. Il s'agit pour nous d'utiliser une matière susceptible de faire écho à notre démonstration du point de vue du soigné.

Un retour sur la définition des objectifs et des moyens nous permettra d'aborder le contexte institutionnel actuel avec ses exigences, ses outils et une certaine hiérarchisation de ceux-ci. Dans cette optique, nous sommes là, polarisés sur les questions relatives à l'exercice soignant.

Enfin, dans l'entrelacs de ces regards croisés d'une réflexion relative à l'action de l'établissement public de santé et de ses effets sur l'atteinte des objectifs de soins, nous aurons peut-être un retour sur ce qu'il en est du traitement de la maladie mentale aujourd'hui.

METHODOLOGIE

INTRODUCTION

Dans ce chapitre sont présentés la population choisie pour notre observation, l'outil qui est l'observation en elle-même, les étapes de ces observations, leur déroulement, une explication sur l'élaboration des données, les items de la grille d'observation et enfin les patients sur lesquels portent nos observations.

LA POPULATION.

Parmi les multiples observations réalisées au cours de notre stage, nous avons choisi, pour les besoins de notre réflexion de rapporter quatre observations de quatre patients très différents. Nous présentons donc ici quatre situations d'interactions qui nous ont semblé illustrer l'ambiance au sens de Oury dans le service où nous occupons une place de stagiaire. Il s'agit pour nous de rapporter des éléments constitutifs de notre étonnement premier des types de relations ou des réactions susceptibles de faire écho à notre réflexion.

OUTIL : L'OBSERVATION.

Il est difficile de poser une grille d'analyse pour déterminer, cibler, à priori ce que l'on va observer quand ce que l'on va observer par définition n'est pas prédictible. On peut définir ce que l'on cherche à observer, du qualifiable en l'occurrence, mais difficilement le quantifier. Nous avons bien vu que ce qui nous intéresse, ce sont les interactions des patients avec le stagiaire dans les temps informels, les espaces indéfinis, les temps morts (au regard de ceux qui sont plein, remplis par la prescription ou cadrés par des horaires utiles à la structure). Comme si nous visions l'observation de l'insolite, comme si nous projections d'« être sensible à l'insolite, qui paradoxalement, ne se voit pas », selon le mot de Jean Oury dans Résistances (2004).

A propos du débat terrain-laboratoire en psychologie cognitive, P. Fraisse (1982, p 166) assimilant méthode d'observation et travail sur le terrain, revient sur ces mêmes arguments : « Au début de toute science, il y a l'observation. En psychologie il en est de même. Les découvertes ne se font pas en laboratoire, mais par l'observation fortuite ou systématique. »

Dans l'observation, tout ce qui concerne l'explicitation de la situation peut être présent. C'est même, fondamentalement, cette explicitation qui permet la construction ou la définition de situations d'observations comparables.

En conséquence de quoi, c'est la qualité de notre objet d'observation qui détermine son contenu. Et non le contenu présumé, attendu, qui qualifie l'intérêt de l'observation.

Nous pouvons le formuler autrement en citant Ciccone (1998, p. 64) : « Si les signes et les symptômes sont considérés comme porteurs de sens, l'observation clinique n'aura pas pour objet de révéler le sens d'un symptôme, mais elle aura pour objet de permettre le déploiement d'un sens potentiel, et donc d'une symbolisation du symptôme, d'un travail de pensée à partir

du symptôme. Le travail de symbolisation prendra alors, progressivement, la place du travail de production de symptômes. Cela suppose que quelqu'un, l'observateur clinicien, soit ouvert à l'idée d'un ou plusieurs sens potentiels du symptôme, et ouvert au travail de pensée. »

DEROULEMENT.

Pour nos observations, nous avons privilégié les patients qui restent au moins une semaine dans l'hôpital et les moments susceptibles de contenir un minimum d'interactions avec nous. Les lieux d'observation se définissent d'eux-mêmes par le biais de la surprise, de l'étonnement, parfois de l'émotion du stagiaire que nous sommes. Nous avons cherché ce qui nous apparaissait hors du soin au sens médical. Nous avons privilégié la relation hors du cadre institué dans le champ médicamenteux.

Nous avons par ailleurs pris soin de reporter par écrit nos observations le jour-même en réduisant au maximum le délai de manière à perdre le moins possible de données.

Nous avons été attentifs à tout ce qui référait à certains signes du discours, à ce qui se rapportait à la communication que nous avons pu observer dans une situation donnée. Comme le dit Ciccone (1998, p. 66) : « Outre les associations et les dissociations, certains signes du discours ont valeur d'indice, attirant l'attention sur leur fonction signifiante. »

Nous avons convenu qu'un choix s'opère en cours d'observation. Nous n'avons pas retenu tous les signes. Il nous semble que ce qui a caractérisé notre objet se révèle et se retient plus aisément. Le noter montre que nous en sommes conscients sans pour autant nous dédouaner de l'impasse. Il n'empêche, qu'à la finale, nous avons fini par retenir « un certain nombre d'éléments dans la situation observée, pour les mettre à l'épreuve du travail clinique, et en particulier du travail de construction de représentations rendant intelligibles la réalité psychique et les processus subjectifs à l'œuvre dans la situation observée. » (Ciccone, 1998, p. 71).

ÉLABORATION DES DONNEES.

La clinique psychiatrique se base essentiellement sur l'entretien et l'observation du patient ; tout comme la clinique psychopathologique, mais pas pour les mêmes raisons ni avec la même visée.

Il faut regarder, voir et écouter pour décrire :

La tenue : présentation, mimiques, attitude, comportement.

Les conduites sociales : violence, fugue, vol, suicide, etc..

Le langage : logorrhée etc..

La vigilance, l'attention.

La conscience de soi, la perception.

L'humeur.

La mémoire.

Les troubles de la pensée et du jugement (le débit, les idées fixes, les obsessions, les délires etc..)

La psychiatrie est une discipline médicale; les symptômes participent à l'élaboration du diagnostic. Cela permettra de proposer un traitement. La psychiatrie partage avec la médecine la séparation en trois niveaux superposés de son savoir : la sémiologie, la pathologie, la thérapeutique. Considérer des paroles, des gestes, des comportements comme des symptômes, c'est modifier son attitude et adopter une attitude professionnelle (fonction du symptôme pour le soignant).

Pour repérer un symptôme il y a nécessairement une communication entre le soignant et le soigné. Le patient dit sa tristesse, il communique son angoisse, il tente de vous convaincre de la justesse de ses idées délirantes. Le soignant est impliqué dans la relation avec ce qu'elle peut nécessiter d'empathie est nécessaire pour obtenir les symptômes.

Le symptôme est un phénomène pensé comme étant le signe d'autre chose : il signe une pathologie. Avoir cela à l'esprit aide à garder une distance suffisante et une attitude professionnelle (autre fonction du symptôme pour le professionnel). La demande est essentielle en psychiatrie. C'est une autre fonction du symptôme : il peut susciter une demande. L'analyse de la demande est importante, elle permet l'évaluation de la motivation et de l'adhésion aux soins. Parfois les symptômes n'engendrent aucune demande de soin. Ce qui est classique dans la pathologie psychotique. C'est aussi le cas dans des soins sous contrainte (HDT HO), obligation et injonction de soin judiciaire. Dans de nombreuses situations le symptôme apparaît être la solution trouvée par le malade pour résoudre un problème.

LES ITEMS DE LA GRILLE D'OBSERVATIONS :

Le lieu

L'heure

Le type d'approche ou les circonstances

Les vêtements

Le ou les sujets abordés

Les propos tenus

Les intonations, les inflexions, les silences.

La position du corps

Les échanges de regards

La durée

La fin (la forme).

Les notes sont toujours prises à posteriori, dans un temps le plus court possible et en tout état de cause la journée même.

Nous indiquons ici une observation à titre d'exemple. Les autres sont placées en annexes.

Observation d'un entretien informel :

le 19 juin 2011 à 16h dans la cour de l'hôpital avec Mlle G.

Motif de l'hospitalisation :

Patiente adressée par l'IPPP (L'Infirmierie de la Préfecture de Police de Paris) pour trouble du comportement sur la voie publique.

Biographie :

Vit à Lorient. Ecrivain public. A de la famille à Paris, un frère, et de la famille à Lorient.

Antécédents :

Hospitalisation récente à Lorient. Pas d'autres notions de suivi.

Etat à l'entrée :

Très agitée, assez réticente, logorrhéique, méfiante. Discours très éparpillé, passant « du coq à l'âne », jeux de mots, rire immotivé. Difficulté pour accepter le cadre, refus du traitement d'emblée, bien qu'elle reconnaisse avoir besoin de repos et d'une mise à l'écart.

Histoire de la maladie :

Est récemment venue à Paris pour l'anniversaire de son frère et pour rencontrer des éditeurs avec qui elle est visiblement sur un projet de réédition d'un ancien livre avec un nouveau nom d'auteur qu'elle désire porter maintenant pour couper tout lien avec sa famille. Elle met en avant des conflits familiaux et un sentiment d'abandon vis-à-vis de cette famille qui ne la comprend pas, qui ne la considère pas. Elle a été retrouvée dans la rue partiellement déshabillée, hurlant et très agitée. Amenée par la police à l'IPP.

Diagnostic :

Syndrome maniaque avec un trouble de la personnalité.

L'observation :

Il est 16h quand Mlle X, en pyjama, me rejoint dans la cour de l'hôpital. Il fait beau. Je fume une cigarette. On pourrait dire que c'est un temps de pause. Je suis seul sur un banc. En me regardant, elle me demande si elle ne me dérange pas. Je réponds que non. Elle s'assoit à côté de moi. Elle croise les jambes et pose un coude sur l'une d'elles à la façon du penseur de Rodin. Elle fixe le mur d'en face. Après un temps de silence, sans me regarder, elle commence à me dire qu'elle est écrivain, qu'elle n'a rien à faire là, que son frère va venir la chercher, que sa situation n'est pas normale.

- Qu'est-ce que vous en pensez, me demande-t-elle.

Ne sachant que répondre, je préfère lui retourner la question.

- Et vous ?

C'est alors qu'elle me raconte l'histoire de son pseudonyme (qu'elle explique sur un blog que j'ai lu juste avant dans la journée). Sur le web, son explication est relativement distanciée bien qu'un lecteur avisé pourrait y déceler une forme de premier degré, inhabituelle chez des artistes qui racontent des histoires qui s'adressent à des lecteurs anonymes et dont on pourrait penser qu'ils ont du métier (une mise à distance).

Là, sur ce banc, elle me raconte la même histoire, mais comme si le personnage de son pseudonyme n'était plus un personnage créé de toute pièce mais le revers de sa personne. Comme s'il se confondait l'un et l'autre.

Puis, au fil de son monologue, j'en viens à douter : de qui me parle-t-elle ? d'elle ou de son personnage ? Elle me dit qu'elle n'existe plus, qu'elle porte un autre nom désormais et que le docteur n'a rien compris. Or, elle n'a rien explicité de son pseudonyme au médecin.

Elle s'effondre en larme. J'interprète que mon écoute la touche. Je ne dis rien.

Elle poursuit en me racontant une histoire de manuscrit inachevé. Elle l'a laissé dans une maison qu'il faut qu'elle retrouve. C'est très important qu'elle retravaille ce manuscrit. C'est capital. D'ailleurs l'éditrice lui avait dit de reprendre certains passages. Il faut qu'elle lui téléphone. C'est urgent. Il faut qu'elle la sorte de là.

A ce moment je m'interroge : compte-t-elle sur son frère ou son éditrice. A-t-elle vraiment un éditeur ? N'est-ce pas un fantasme ? Pendant son monologue, elle me jette de petits regards en coin. S'assure-t-elle que je l'écoute ?

Tandis que je songe à mes doutes et à leur pertinence en la circonstance, elle me demande comment je la trouve. J'interprète qu'il s'agit de sa santé. Là encore je m'en remets à ce que j'ai vu et entendu de sa résistance face au psychiatre. Elle ne veut pas de médicament. Alors je lui renvoie la question : Comment vous vous sentez ?

- Pas bien me répond-elle.

Devant le psychiatre, elle ne reconnaissait pas son état. Là, elle reconnaît qu'elle ne va pas bien. Elle est sortie du bureau du psychiatre en opposition. A ce moment-là, je tente un propos. Puisqu'elle s'oppose au docteur et qu'elle semble trouver chez moi une autre attention, je lui dis : Vous devriez lui faire confiance.

- Vous croyez, me demande-t-elle ?

Elle me regarde avec insistance. J'essaie d'être au plus près de ce qui me semble cohérent avec la position dans laquelle je suis et je lui dis : Oui, je le pense.

A ce moment-là, je crains d'être en difficulté si elle argumente son refus de prendre des médicaments, car je me dis que sa raison en vaut bien une autre. A ma grande surprise, elle m'annonce qu'elle va se conformer à la prescription du docteur et me remercie de l'avoir écouté.

- Vous êtes gentil vous, me dit-elle.

Je n'en suis pas sur... Elle se lève et part sans me regarder. Il est 16h20.

ANALYSE DES RESULTATS

INTRODUCTION

Nous reprenons là où nous en étions de notre position de stagiaire lors de notre arrivée dans l'établissement. Cela nous permet de partir sur les motivations de départ et de profiter de l'occasion de nous appuyer une fois de plus sur la pensée de Oury (1984, p. 208) qui, lors de son Séminaire de Sainte-Anne, affirmait : « C'est rare d'entrer en contact ! Il faut profiter d'une occasion ; ça ne se renouvelle pas à volonté. [...] Dans l'exercice même du travail de chaque jour, quelque chose va pouvoir s'articuler dans la dimension d'une demande : demande d'un crayon, demande d'une gomme, mais aussi demande de choses bien plus subtiles, et même demande de rien : avoir une ouverture, une possibilité d'ouverture, qui ne soit pas dépendante d'un autre niveau. Pour qu'il y ait une vraie *rencontre*, il faut que ça soit un peu du hasard, qu'il y ait de l'inattendu, et que la réponse ne dépende pas d'autre chose. Ce qui est visé, là, c'est quelque chose de l'ordre d'un certain discours, même encore balbutiant, à peine dit. Et c'est ce discours-là qui est l'étoffe, la *manifestation* de « l'émergence d'un dire », de *l'émergence d'un désir*, même s'il est complètement masqué. C'est la possibilité d'une *greffe d'un petit bout de transfert*, même partiel, même très morcelé, très misérable. »

Partant de là, nous avons repéré quatre axes d'analyse qui nous paraissent révéler ce qui se joue dans les « entours » de l'informel. La rencontre donc, mais aussi ce qui relève de la distinction entre rôles, statuts et fonctions. Il n'est jamais anodin de distinguer les positions de chacun dans l'institution et de tenter d'en comprendre les effets.

Enfin, les espaces apparaissent comme des marqueurs topographiques des styles de relations qu'on peut appréhender dans l'institution comme ce qu'il en résulte, à savoir : la qualité des différentes ambiances.

LA RENCONTRE.

Notre simple présence dans le service ou ailleurs dans l'établissement postule des possibilités de rencontres. Si nous souhaitons cette possibilité, nous ne la recherchons pas nécessairement. Nous ne la brusquons pas. Il nous semble que le besoin existe chez le patient. Nous laissons donc venir à nous l'interaction.

Prenons l'exemple de Mme T. Nous avons noté dans notre observation :

Dans les couloirs du service, elle me demande qui je suis, ce que je fais là et se penche sur mon badge.

- Stagiaire, c'est bien ça stagiaire. Et stagiaire en quoi ?

Je lui réponds : en psychologie.

Elle sourit et me regarde comme n'importe qui pour une première rencontre. Je ne vois rien d'autre qu'une femme âgée, avenante.

Je la croise souvent lors de ses allers et venues dans l'établissement.

Notre présence est donc une possibilité, un hasard de rencontre. En même temps, est-ce une vraie rencontre ? Nous ne sommes pas là tout à fait par hasard puisque notre présence

provoque la rencontre et que cette présence est instituée, encadrée par un désir : celui d'apprendre et de comprendre. Apprendre à discerner ce qui relève du signe, du symptôme. Comprendre l'intérêt des échanges avec les patients dans les temps informels.

Quel est le besoin de cette dame lorsqu'elle s'adresse à nous? De repérer qui fait quoi? Probablement.

Cherche-t-elle un interlocuteur plus disponible que le psychiatre, que le personnel soignant? Pour dire quoi? Dans quel but? Cherche-t-elle un attachement particulier? Plus tard, nous ayant repéré comme disponible, elle n'hésitera pas à venir discuter avec nous, voire à nous interpeller dans la cour pour que l'on vienne s'asseoir à côté d'elle. Nous sommes plus disponible, mais aussi moins impliqué dans la démarche de soin. Car nous avons appris en discutant avec certaines personnes, que les patients ne disent et ne montrent pas la même chose selon la fonction que l'on occupe.

Lorsque que Mlle G. vient s'asseoir à côté de nous dans la cour après son entretien tenu avec le psychiatre, sa venue n'a rien de préméditée. Elle est descendue dans la cours pour fumer une cigarette. En arrivant, sur le pas de la porte, elle a jeté un regard circulaire et quand elle nous a vu, elle s'est approché et nous a demandé si elle pouvait s'asseoir près de nous. Elle ne connaissait encore personne dans l'établissement. Elle est donc venue près de nous par défaut, par hasard. Ni elle ni nous ne savions ce qui allait se dire. N'étant pas intervenus pendant l'entretien auquel nous avons assisté, nous apparaissions peut-être comme neutre, non engagé dans une quelconque décision la concernant. Elle pouvait nous livrer son souci du moment : les raisons de son hospitalisation et ce qu'elle pensait de la situation dans laquelle elle se retrouvait.

Elle nous a d'abord demandé ce que nous faisons au juste ici. Notre statut de stagiaire l'a peut-être rassurée. Elle pouvait ne pas être en opposition avec nous comme elle venait de l'être avec le médecin. Elle nous a parlé d'elle et nous a confié ses problèmes, sa confusion, sa difficulté d'y voir clair, sa part de résistance aussi à concevoir qu'elle était « malade ».

Sans doute aurait-elle trouvé quelqu'un d'autre à qui s'adresser si nous n'avions pas été là, disponibles. Les premières heures dans un établissement de ce type ne sont pas toujours appréhendées avec facilité par les patients. Trouver des interlocuteurs peut s'apparenter à trouver sa place au milieu des autres, présents là. Nous étions une possibilité et elle l'a prise. Ce fut pour elle l'occasion d'une adresse. En retour, elle a obtenu de notre part une écoute et même une réponse à sa question concernant l'intérêt qu'elle devait évaluer de collaborer avec le médecin.

Les occasions de rencontres ne manquent pas quand on est stagiaire. Autorisés à assister aux entretiens avec le psychiatre, nous sommes rapidement repérés par les nouveaux patients. C'est ainsi qu'avec Mr P. nous sommes en quelque sorte pris à témoin de ce qu'il raconte au médecin. Il sera visiblement plus aisé pour Mr P. de nous adresser la parole par la suite au grès des rencontres de hasard dans les couloirs comme dans la cours. Avenant, il ne cesse de nous interpeller d'un signe amical ou d'un mot. Comme la plupart des patients de l'unité, il nous sollicite souvent pour savoir quand le médecin sera disponible pour le recevoir. Il s'intéresse aussi à ce que nous faisons, à notre condition de stagiaire. Il évoque parfois sa fille, son métier de policier. Ce qu'il nous raconte ne nous intéresserait pas hors de l'hôpital. D'ailleurs, s'intéresse-t-il à ce que nous en pensons? Il ne nous demande rien. Il nous dit. Il énonce des faits le concernant sans rien attendre en retour. Nous pensons qu'il cherche un regard, une considération ou juste des occasions de faire passer le temps peut-être.

Il nous est arrivé de nous retrouver dans le couloir l'un face à l'autre sans rien dire pendant un long moment avant qu'il réagisse et nous adresse la parole. N'est-ce rien ? Est-ce quelque chose ? Quelle valeur cela a-t-il ?

Si le malade ne vient pas à nous, nous ne pouvons pas trouver une bonne raison d'aller à lui. C'est le cas de Mr M. ce vieux monsieur atteint de schizophrénie qui ne s'intéresse absolument pas à nous. Nous a-t-il seulement remarqués ? De notre côté, nous avons repéré son psoriasis qui le rend relativement repoussant. Constatant que la durée de son séjour se prolongeait, nous nous sommes dit qu'il pouvait être intéressant de l'observer et surtout d'entrer en contact avec lui. Un entretien avec le psychiatre en court de séjour en fut une occasion. Il nous apostrophait pendant l'entretien, ne serait-ce pour voir notre réaction à ses nombreux bons mots. Nous ne savions pas de quoi ce patient était atteint et son niveau d'élaboration nous semblait au dessus de la moyenne. Souvent seul dans la cour, un peu à l'écart des autres personnes, il fumait en regardant devant lui. Il ne s'adressait à personne. Nous sommes donc allés au devant de lui pour le saluer un matin et lui demander comment s'était déroulée sa sortie de la veille. Comme il nous avait repéré dans le bureau du médecin, le contact fut très simple, voire chaleureux. Quand nous sommes allés le saluer un autre jour, nous avons passé un long moment ensemble pendant lequel il nous a beaucoup parlé de son métier avec quelques digressions tout à fait pertinentes. Ce cas nous inspire une question : si dans certains cas le patient initie la rencontre, quelle valeur attribuée à la rencontre initié par le stagiaire ? Nous ne sommes plus là dans une rencontre dégagee de tout engagement, de toute préméditation. Nous ne sommes pas là dans « un certain discours qui est l'étoffe d'une *manifestation* de « l'émergence d'un dire », de *l'émergence d'un désir* » au sens de Oury. Pour autant, n'y a-t-il pas là « une greffe d'un petit bout de transfert » ?

ROLES, STATUTS ET FONCTIONS.

Il faut noter qu'il y a des signes d'appartenance des personnes que l'on croise dans l'établissement. Les uns portent des blouses blanches à col blanc (médecins et infirmiers), d'autres à cols bleus (aides-soignants) et d'autres encore à cols verts (personnels de service). Les médecins ne portent pas forcément de signes distinctifs. C'est selon chacun. Parfois un simple badge peut être arboré. C'est notre cas, mais aussi celui du gardien, du personnel technique ou des visiteurs. Nous verrons à ce sujet l'importance qu'il peut y avoir de réfléchir au sens que peuvent prendre la distinction des rôles, des statuts et des fonctions dans l'établissement.

Jean Oury préconise, lors des Rencontres de Saint-Alban (1986, p. 156) de faire une gymnastique permanente pour bien distinguer ces trois pôles dans la réflexion. « La gymnastique, c'est de bien articuler cette multiplicité : la fonction médicale. La fonction médicale, au niveau de la prise en charge, de la « fonction phorique » dont parle Delion. » Cette fonction phorique relève de la prise en charge au sens large, hors les murs, de l'accueil à tout ce qui porte le malade (liens administratifs, liens sociaux, suivi thérapeutique extérieur etc...).

La première chose que l'on observe parmi les patients quand on arrive à l'hôpital, c'est la distinction visible entre ceux qui portent un pyjama et les autres. Tout aussi évidente la différence entre les blouses blanches et les autres.

Il nous est arrivé un jour d'être interpellés par un patient qui pensait que nous étions aussi patient. Nous portions notre badge à la poche de notre pantalon et non à la hauteur de la poitrine. Il était donc moins visible. Un homme en pyjama venait de nous demander de lui donner une cigarette. Après notre refus, un autre s'est approché de nous pour nous mettre en garde contre ce « taxeur » de cigarettes qui, nous dit-il, n'en donne à personne quand il en a. Ce deuxième jeune homme en a profité pour argumenter sévèrement son avis. Quand il s'est aperçu que nous avions un badge, il se ravisa et se confondit en excuse. Il nous dit : « Je pensais que vous étiez un patient. » Nous l'interrogeons donc : « Quelle différence ? » Il ne sut nous répondre et nous en profitons pour lui rappeler que nous avions longuement échangé la veille. Quand il s'en ait souvenu, il s'est mis à rire.

La question de la distinction des statuts, des rôles et des fonctions vaut pour les patients mais aussi pour les soignants. Nous nous sommes en effet interrogés la première fois sur cette question à la faveur d'une remarque souvent entendue par la suite : « Je ne suis pas là pour ça ! ». Il s'agissait de la demande d'un patient adressée à un membre de l'équipe soignante. Que la requête concerne un acte banal, une question sans importance, un service anodin ou une demande de renseignement, il nous était apparu stupéfiant qu'on ne puisse même pas répondre sur un mode ouvert et non fermé. On a pu aussi entendre : « Je ne suis pas médecin. » Ou, « Voyez avec l'infirmière. » Or, nous avons parfois observé que ce type de réponse instaurait un rapport d'agacement peu propice à la sérénité de patients.

Pour tenter de donner du sens à cette observation, nous nous en tiendrons à ce que dit Delion dans son intervention lors des Rencontres de Saint-Alban : « La déhiérarchisation n'est pas une mesure démagogique ; elle est l'enjeu fondateur de la responsabilisation progressive de chacun des membres de l'équipe soignante qui peut seule permettre de rendre compte du changement et de l'engagement de chacun des individus du collectif vis-à-vis du transfert des malades. [...] Le rôle qu'on exerce en regard du statut qu'on occupe est une infime partie de la fonction qu'un membre d'une équipe soignante doit pouvoir être amené à remplir pour établir un soin optimum. » (1986. p. 135).

Nous avons senti cette forme d'engagement particulièrement chez certains aides-soignants. Notamment lorsqu'ils nous racontaient ce qu'ils faisaient quand ils n'étaient pas dans leur rôle strictement prescrit. La qualité de certaines de leurs observations dans des temps pouvant être officiellement considérés comme hors du soin démontrait leur investissement ou plutôt leur engagement dans la démarche de soin. A commencer par l'attention et l'écoute dans une certaine forme de mise à disposition de leur personne.

Nous songeons là à ce que Oury appelle « programmer l'aléatoire » et qu'il considère comme une des fonctions essentielles dans une équipe de psychiatrie.

LES ESPACES.

Un jour, après quelques semaines de stage, nous nous sommes rendu compte d'une chose étrange. Nous discutons avec le chef des services techniques. Une entreprise effectuait des soudures pour surélever les grilles déjà hautes de l'établissement. Nous avons assisté par deux fois à la fugue de patients suffisamment agiles pour passer par-dessus. Pour éviter que les barreaux servent d'emprise, d'immenses plaques de plexiglaces de couleurs étaient donc en plus rivées aux grilles. Nous interrogeons le responsable sur les menus désagréments architecturaux de l'établissement qui se révélaient de cette récente construction.

Il nous informait que la circulation était tout à fait libre à l'intérieur des bâtiments. Qu'il était tout à fait possible de passer d'un service à l'autre, d'un étage à l'autre. Nous découvrons donc que nous même, nous n'avions pas envisagé un instant traverser la cours que nous fréquentions tous les jours pour monter un escalier qui s'offrait à notre regard sans difficulté. Ce qui nous paru étrange. Par la suite, nous découvrons qu'il en était de même des patients en majorité. Certains, minoritaires, franchissant visiblement plus facilement que d'autres les espaces de vie ou de rencontres. Il nous a fallu un long temps avant d'oser aller nous promener du côté des autres services. Nous y sommes donc allés pour vérifier que la possibilité existait bien.

Comme par hasard, c'est après avoir franchi ces espaces que nous fûmes invités par une patiente d'un autre service que le notre, à aller jouer une partie de tennis de table dans un bâtiment que nous avons fini par visiter. Nous avait-elle remarqué ?

La question de la diversité des espaces ne préjuge en rien d'un plus grand investissement de ces espaces de la part des patients. La multiplicité des possibilités de choix n'est pas un gage de circulation plus grande. Rappelons ce que Oury disait lors de son séminaire à Sainte-Anne en 1984 (p. 95 – 96) : « On s'était amusé il y a une dizaine d'années avec des élèves de l'école des Beaux-Arts, d'architecture, à demander à plusieurs schizophrènes de dessiner le plan de l'établissement, du jardin, etc. C'était surprenant. Certains n'avaient vraiment investi l'espace qu'au pied d'un arbre, le reste n'existant absolument pas. On avait également repéré les itinéraires – un peu comme Deligny avec les « lignes d'erre » - lesquels étaient spécifiques à chacun. [...] Autrement dit, pour certaines personnes, les « unités distinctives » ne sont pas du tout les mêmes que pour le médecin, l'administration, etc. »

Si nous revenons aux personnes que nous avons particulièrement observé, nous pouvons dire que leurs espaces, fréquentés pendant les temps libres ou temps morts ou temps d'attente, sont extrêmement réduits. Un pauvre choix s'offre à eux : leurs chambres individuelles, le couloir du service, le jardin (ou la cour) et l'escalier qu'ils empruntent pour s'y rendre. Ajoutons un « salon » télévision, espace de forts passages face au secrétariat, véritable carrefour de cette aile de bâtiment.

Nous sommes loin des types d'espaces tels qu'ils existent à la clinique de La Borde par exemple avec des écuries, un poulailler, des cuisines où l'on préparait les repas (et non les cuisines d'aujourd'hui où on réchauffe les repas livrés et où les patients n'entrent pas).

Nous avons remarqué à ce propos qu'un bar se meurt dans l'établissement où nous effectuons notre stage. A l'origine, ce devait être un lieu tenu par des patients m'a-t-on rapporté. En fait, le projet architectural a intégré l'aménagement d'un comptoir qui était visiblement investi dans les anciens bâtiments. Mais la poursuite du projet n'a pas trouvé d'écho à l'intérieur du nouvel hôpital. Nous n'en connaissons pas les raisons.

Nous avons l'impression que l'idée du décroisement des espaces est restée sans avoir les moyens de ses ambitions. Les espaces étant particulièrement réduits, n'offrant pas d'ambiance réellement variées.

Nous nous sommes interrogés sur les motivations qui amenaient les patients à passer d'un espace à l'autre. De la même manière, ce qui les motive à demeurer un temps dans un lieu.

Hasardons-nous à quelques hypothèses.

Mlle G., l'écrivaine, n'est restée que dix jours dans l'unité en HDT avant que son frère ne mette fin à cette hospitalisation. En opposition avec sa condition de patiente, peut-être dans le

déni de sa maladie, elle s'enfermait dans sa chambre pratiquement toute la journée. Elle ne descendait les deux étages que pour se rendre au réfectoire ou fumer une cigarette dans le jardin. Elle n'échangeait pas avec les autres patients. Son relatif immobilisme ou son enfermement traduisait-il physiquement sa condition de « blocage » psychique ? Par ailleurs, en opposition avec les propositions de soins, elle ne cherchait pas non plus le contact avec les soignants.

Mme T. en revanche se laisse porter par les soignants. Elle est compliant aux soins et n'est pas avare de contacts. Elle franchit les espaces avec facilité. Elle échange facilement avec celles et ceux qui l'interpellent. Elle partage d'ailleurs la seule chambre double du service avec une autre femme et cela ne pose aucune difficulté. Dans le jardin, elle noue des relations privilégiées avec d'autres patientes notamment.

Le badge (marqueur d'un rôle, d'une fonction, d'un statut) n'empêche pas les échanges. Peut-être même les facilite-t-il, car nous avons observé une très légère différence dans l'approche déférente qu'elle témoigne avec les soignants par rapport à nous.

Très curieuse de notre vie à l'extérieur, elle nous interroge sur notre famille, nos occupations, nos activités professionnelles... Nous répondons toujours avec une certaine confiance sans nous départir cependant d'un certain souci de ne pas apporter dans nos propos de quoi perturber la patiente. Nous avons remarqué que Mme T. était plus prolixe dans la cour que dans les couloirs. Est-ce parce que la cour offre des possibilités d'avoir des échanges un peu à l'écart des autres personnes ? L'espace de discussion s'inscrit aussi dans une forme de géographie, des limites dans la proximité. Par ailleurs, la discontinuité de nos rencontres s'inscrit dans une continuité du contenu. Mme T. me questionne à peu près toujours sur les mêmes domaines et traite des mêmes sujets la concernant (les enfants, la religion, son frère...).

Mr P. quant à lui, ne descend dans la cour que pour fumer ses cigarettes. Le reste du temps, il demeure dans sa chambre ou déambule dans le couloir. Son traitement lui fait perdre une partie de son équilibre. Ceci expliquant cela à savoir sa prudence lors de ses déplacements et leur limite.

Enfin, Mr M. demeure longuement dans la cour, mais seul, contrairement à Mme T.

Tous ou la plupart, choisissent parfois de s'installer dans un recoin où des chaises sont disposées, entre l'ascenseur, le bureau des infirmiers et l'infirmierie où sont distribués les médicaments avant chaque repas. Cet espace est particulier. Proche du personnel soignant, il fait office de salle d'attente pour les rendez-vous du médecin qui ont lieu dans un bureau au milieu du couloir. Il faut noter que ce sont les infirmières qui accompagnent les patients à la demande du psychiatre pour les entretiens.

Nous avons souvent été étonnés que les patients s'installent souvent là, en groupe, par deux, trois ou plus et engagent parfois des conversations. Ce lieu, spatialement plus petit, plus intime, semble correspondre à des intentions plus ou moins affirmées d'échanges. Ils sont un peu en retrait du bureau vitré des infirmiers. C'est un endroit ouvert aux passages et discret à la fois. On voit tout sans être vraiment vu.

C'est à cet endroit là que Mme T. a choisi de nous lire sa réponse à une lettre de son frère. Au début, elle avait l'intention de nous lire cette lettre dans sa chambre qu'elle partage. Nous avons refusé ce niveau d'intimité. Elle a donc opté pour ce lieu et nous n'en avons pas été étonnés.

La nécessité de pouvoir passer d'un espace à l'autre pour les patients a pour but selon Oury (1984, p. 144) « de pouvoir remettre un peu dans la circulation les gens qui ont « déraillé dans le symbolique ».

Permettons-nous un commentaire avant de terminer cette partie consacré aux espaces, à leur délimitation, à leur utilité. Parler des limites et de la place du sujet ne peut se faire selon Oury que collectivement. « On « extrait » pour essayer d'élaborer une équation qui permettra de nous situer et d'agir. Sinon, on est perdu dans une espèce de ronronnement d'une entropie absolue. » (Oury, 1984, p.171). Cela nous renvoie à cette position du stagiaire qui cherche sa place, son espace, son utilité...

Nous avons traité des espaces topographiques, de leur style d'usage et de leur utilité sans pour autant en tirer de conclusions particulières. Il s'agissait pour nous de constater les types d'investissements de ces lieux. Voyons à présent ce que nous pouvons dire de l'ambiance.

L'AMBIANCE.

Avant d'en venir à nos propres observations, faisons référence à Jean Oury (1980, p. 331) qui postulait que : « Quand on est en proie aux phénomènes d'ambiance, c'est utile de chercher à y comprendre quelque chose. [...] le mot « ambiance » veut dire autour, ce qui entoure. Si on laisse aller les choses, si « l'état de choses » est laissé dans son état quasi-naturel, ça dégénère en cloisonnement, en dégradation d'ambiance. [...] Deux aspects sont possibles : d'une part l'aspect pathique (qualité sensible présente ou absente à un moment donné) (qui peut être dégradé) et l'aspect plus structural, « les entours ». »

Si l'on peut passer d'un lieu à un autre dans l'hôpital où nous effectuons notre stage, passe-t-on pour autant d'une ambiance à une autre ? Si le sens est lié au passage, passe-t-on d'une situation à une autre ? Nous avons le sentiment d'une certaine uniformité de l'ambiance générale. Comme s'il ne pouvait se dégager une forte différenciation des multiples lieux. L'ambiance dans ces lieux dépend en partie aussi de l'investissement de chacun pour que « puisse se manifester quelque chose de l'ordre du désir. » (Oury, 1984, p. 208).

Un des indicateurs possibles de la qualité de l'ambiance peut être trouvé dans les raisons qui motivent d'anciens malades à revenir sur les lieux des soins qu'ils ont reçus. Nous avons assisté à la visite de personnes revenues dans le service pour saluer le personnel.

Nous avons été très étonnés la première fois que nous avons assisté à la venue d'un ancien patient. Le plaisir de se voir gratifié d'une telle visite semblait évident chez le personnel soignant. Le visiteur donnait de ses nouvelles, racontait les changements intervenus dans son existence, posait parfois des questions sur les effets de certains traitements et laissait en partant un cadeau, souvent une friandise à partager.

L'ambiance, c'est, comme le dit Oury, une certaine qualité du social, des échanges dans la vie quotidienne. Cela va de la façon de s'adresser à quelqu'un, de le saluer, de lui adresser la parole, un sourire, un regard...

Nous avons remarqué que l'ambiance dans la cour était différente de celle qui circulait dans le couloir des chambres de l'unité. La cour est un espace livré à lui-même, à la clameur, à l'échange informel sans présence de blouses blanches. Les patients de tous services s'y croisent et s'y rencontrent sans frontière. Tout peut s'y dire, s'y échanger. De la parole à la cigarette. D'ailleurs, une véritable activité de troc s'y déploie. Troc de victuailles, de monnaie

pour des cafés au distributeur, de cigarettes, éventuellement de drogue ou d'unités téléphoniques. En fonction de l'activité du jour, l'ambiance peut apparaître tendue ou détendue. La météo joue aussi son rôle. S'il pleut, les patients se regroupent sous les coursives. S'il fait beau, il arrive que certains s'allongent sur l'herbe.

Les manies des uns et des autres ne font pas l'objet de stigmatisation comme il pourrait être en milieu ordinaire, à l'extérieur de l'hôpital. Les tenues, qu'elles soient de pyjamas ou de vêtements plus civils, ne semblent pas non plus exercer sur les esprits un besoin particulier de différenciation volontaire, de distinction recherchée.

Dans le couloir de l'unité, les rapports entre les personnes semblent plus intimes. Les voix chuchotent. Il nous est arrivé d'entendre des échanges d'ordre intimes, personnels entre malades. Plus on se rapproche du bureau de consultation du psychiatre, plus les regards sont ciblés, les gestes ajustés, la démarche mesurée. Il nous semble que cela marque bien qu'un certain rapport d'autorité, de dépendance ou de reconnaissance se plante là, du côté de l'autorité médicale. Nous-même, avons observé que selon que nous sommes à l'étage ou dans la cour, les personnes n'aborderont pas les mêmes sujets. Une répartition des préoccupations s'opère dans l'espace, selon les lieux, et trace une ambiance particulière. Cette perception est subjective, mais elle nous semble révéler une réalité que nous prendrons soin de distinguer du réel. Le réel étant ce qui met en état de surprise permanente.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES PROFESSIONNELLE

INTRODUCTION.

Comme nous l'avons dit au début de ce travail de rédaction, nous avons focalisé notre attention sur ce qui relevait de l'étonnement, de la surprise, le surprenant. Nous nous sommes laissés guider par ce qui heurtait une logique relationnelle en particulier. Considérant les relations humaines ordinaires comme allant de soi selon des codes sociaux établis et reconnus, nous avons mis en éveil notre capacité d'étonnement. Le non reconnu, le non convenu, le fait n'allant pas de soi, nous ont permis de relever des disparités dans des thèmes d'approches : les discours, les comportements, les soins, les espaces.

Le contraste donc, le disparate, l'hétérogène, le dissemblable sont devenus au fil du temps des objets d'observation en vue d'une réflexion sur le sens du travail réalisé en psychiatrie, sur ce qui constituait ou pas la démarche thérapeutique.

L'informel est vite devenu l'axe vers lequel nous avons dirigé notre regard, sur ce qui n'est pas organisé de manière officielle, sur l'écart entre le déclaré et le vécu, entre le déterminé et le ressenti. Toute chose qui « n'allait pas de soi » selon la formule de Jean Oury.

On pourrait penser que la psychiatrie s'adressant à des personnes malades de psychoses entre autre, il eut été raisonnable de ne pas s'interroger sur ce qui par essence touche à la dissociation, au contraire de ce qui relève de l'homme bien portant, entier, vu comme un tout homogène. Or, quand le bien portant rencontre le malade, on peut intercaler une réflexion qui relève du formel au regard de l'informel, ou appréhender le disparate en miroir du conforme, de l'homogène, de l'unité. Que se passe-t-il donc entre le soignant et le soigné ?

Notre interrogation commence avec la cohérence des soins, l'attention qu'on porte au malade, l'espace qu'on lui organise, le temps qu'on lui consacre.

LA DISPARITE DES DISCOURS.

Du point de vue du patient, le discours tenu au psychiatre n'est pas toujours le même qu'avec d'autres interlocuteurs. Nous en avons fait l'expérience, comme nous l'avons rapporté lors de nos observations. Certes le discours est adressé à un interlocuteur. Mais selon la place qu'il occupe et ce que l'on attend de l'interaction, la teneur du message pourra différer. Pour autant, les intervenants dans un hôpital ont une visée thérapeutique qui dessine un contexte a priori univoque. Ce contexte changerait-il en fonction des interlocuteurs ? Ou bien les statuts, les rôles et les fonctions que nous avons évoqué par ailleurs signent-ils une nécessaire différence d'adresse ? A quelle place le patient positionne-t-il l'interlocuteur dans la démarche thérapeutique ? Autant de questions qui nous permettent déjà de dire que des creux se forment dans le rapport entre les différents soignants et les malades.

LA DISPARITE DES COMPORTEMENTS.

Pendant le séjour du patient, on peut observer des modifications qui peuvent être dues aux traitements, aux formes d'alliances thérapeutiques, aux conditions de l'hospitalisation plus ou moins bien supportées, aux ajustements des traitements médicamenteux et bien d'autres phénomènes. En fonction des relations avec l'extérieur, la famille, les amis, les proches et leurs interactions plus ou moins positives, le patient peut être perturbé. Il peut aussi mettre en scène son ou ses symptômes. Selon la présence ou l'absence d'un médecin ou d'un infirmier par exemple, le patient peut ajuster son comportement. Il peut s'adapter aussi à la présence d'un autre malade dans l'établissement, l'unité du secteur ou la cour. Tout comme le discours, le comportement peut être sujet à variations.

LA DISPARITE DES NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE.

Si chacun des intervenants dans l'hôpital occupe une fonction bien spécifique, au croisement de leurs interventions au service du malade, se trouvent des occasions de s'étonner, notamment sur les logiques à l'œuvre dans ce que chacun vise à nommer LA démarche thérapeutique.

Le psychiatre s'intéresse à éradiquer ou stabiliser les expressions du symptôme pour rendre la vie plus supportable au malade ou à son entourage. La parole du patient permet au psychiatre de mettre à jour le symptôme, de définir la pathologie et d'appliquer un soin médicamenteux.

Le psychologue rencontre l'individu avant le symptôme. Il prend en compte dans le symptôme quelque chose de l'ordre relationnel, personnel. Il pourra aussi permettre au patient d'approcher par lui-même le malaise, la maladie, de se l'approprier éventuellement, de le travailler et peut-être de le supporter, voire d'en maîtriser une partie de l'expression. Il pourra par ailleurs l'aider pendant son séjour à retrouver des repères, à s'orienter, à réfléchir selon ses capacités.

Le soutien social que pourra recevoir le patient de la part des assistants sociaux visera à organiser les éléments administratifs de sa situation tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital. En interne, l'assistant social viellera à ce que le patient puisse recouvrer les frais de son hospitalisation. Éventuellement en externe, selon sa situation sociale et son projet de soin à la sortie, il soutiendra la recherche d'une maison de repos, d'une maison de retraite, d'un séjour en famille d'accueil ou toute autre solution nécessaire au projet. De manière assez informelle, des échanges auront lieu pour évaluer la valeur du soutien social au regard tant du coût pécuniaire que de la nécessité psychique (éviter les conditions de la rechute et donc le retour à l'hôpital). Le social n'est donc pas toujours considéré comme prioritaire par rapport au soin psychique. D'autant que les relais sociaux extérieurs peuvent être sollicités. L'hôpital ayant pour vocation première de s'occuper du psychique et non du social. Pour autant, ce type de priorité reste largement discuté.

A noter que le projet de soin avant la sortie est une obligation légale. Elle justifie et tempère la critique qui pourrait opposer délais d'hospitalisation contre efficacité du soin psychique dans le temps.

LA DISPARITE DES ESPACES ORGANISES PAR L'HOPITAL POUR LES PATIENTS.

La chambre est le premier espace du patient. Il l'investit à sa guise. Généralement pour le repos.

Le bureau du psychiatre est un espace très cadré. Le psychiatre est perçu, vécu comme une véritable autorité. Le patient sait bien souvent que son rapport avec le médecin n'influencera pas vraiment le niveau du soin qu'il recevra. Bien souvent il sait qu'il ne peut rien cacher de son souci. Parfois il s'illusionne, mais rarement il résiste. Il fini toujours par chercher une alliance qui lui convient. L'entretien se déroule toujours en présence d'un infirmier. Cela pose aussi un contexte et donc un type de rapport et de projection sur le sens de cette présence.

Le bureau des psychologues est utilisé pour des entretiens souvent individuels. L'enjeu d'autorité n'est plus le même. Les rapports diffèrent et le sens de la communication, son enjeu, est généralement mieux vécu, plus détendu.

Le bureau des infirmières, souvent saturé de présence quasi permanente, se trouve être souvent le lieu d'enjeux multiples. Les patients viennent y chercher à la fois du réconfort, de l'aide, du conseil, de la médiation. Ils peuvent aussi parfois s'opposer. Ils testent leur emprise. Ils cherchent à capter l'attention. Ils se confient. Toute sorte d'appuis à leurs besoins multiples, récurrents ou obsédants.

A l'infirmerie, trois fois par jour, les patients viennent chercher les médicaments qui leur ont été prescrits par le psychiatre. Ils les ingurgitent en présence de l'infirmière. Il arrive que l'un ou l'une interroge ou conteste une prise de médicament. Rarement ils le refusent réellement.

La salle d'ergothérapie est fréquentée sur des critères qui nous ont échappé. Ce n'est pas faute d'avoir essayé d'en comprendre tant l'usage que l'utilité du point de vue des ergothérapeutes eux-mêmes. Il semble que se soient les ergothérapeutes qui définissent avec le corps médical, paramédical, les assistants sociaux et éventuellement les psychologues l'utilité pour certains patients de la fréquenter. Visible de la cour, les patients peuvent voir d'autres patients s'y activer. On peut voir de l'extérieur de grandes étagères pleines d'un matériel comme on peut l'imaginer dans une salle d'activités manuelles d'une MJC ou d'une école. Nous avons souvent été confrontés à des interrogations de patients désireux de la fréquenter. Nous les renvoyions alors vers le personnel soignant pour formuler leurs requêtes.

La salle à manger enfin, ou le silence s'installe à l'heure des repas. Ils sont généralement pris à une vitesse qui nous a souvent surpris. La salle à manger ne semble pas investie comme un espace convivial ni par les patients ni par le personnel en présence des patients. Une expérience a bien été tentée : que les infirmières notamment déjeunent une fois par semaine avec les patients. Ce qu'elles ont fait à la demande de la hiérarchie, en s'attablant parfois à une table particulière. Les patients ont continué de manger en silence et rapidement.

Nous voyons bien que les patients ne restent pas passifs dans les espaces censés les dominer, car ils sont tenus de les fréquenter.

LA DISPARITE DES ESPACES DE RENCONTRES ETABLIES PAR LES PATIENTS DANS L'HOPITAL

Le couloir de l'étage est très largement fréquenté. Comme tous les couloirs en général, ils servent aussi bien à déambuler qu'à attendre activement un rendez-vous avec le psychiatre. Les patients s'y croisent, discutent et même parfois s'installent sur quelques chaises dans un coin ou en face du bureau du médecin. Surtout s'ils veulent vraiment le rencontrer. Sinon, ils se regroupent dans un recoin proche de l'ascenseur non loin du bureau des infirmières, véritable lieu de passage et néanmoins peu traversé en son centre. Il est à noter que les patients ne disposent pas à l'étage de lieu spécifique pour discuter ou se retrouver entre eux. Pour cela, ceux du deuxième étage comme ceux du troisième sont obligés de descendre au rez-de-chaussée où ils disposent du hall, face au secrétariat et dans lequel une télévision est allumée en permanence. Dans cet espace, des chaises et des tables se trouvent à leur disposition. Nous en avons vu certains un jour de pluie jouer au Monopoly à côté d'un combiné téléphonique à carte accroché au mur. Ce téléphone permet à chacun de pouvoir appeler à l'extérieur, plus ou moins discrètement et avec plus ou moins de confort selon le bruit ambiant.

Face à l'accueil général, à l'entrée de l'hôpital, quelques tables basses et des chaises sont disposées à côté de machines distributrices de boissons payantes. C'est un lieu de grand passage où les « pensionnaires » viennent selon leurs besoins ou leurs envies et qui voit arriver les nouveaux, les familles et où passent aussi beaucoup de professionnels de l'établissement. Il y a toujours du monde.

Le « bar » ou ce qu'il en reste, est une sorte de friche, un espace sombre et vide dans un angle de couloir. Il n'a jamais servi selon son aménagement. En revanche, il nous est arrivé de le voir investi par quelques rappeurs. L'énorme lecteur de CD posé sur le comptoir, la musique résonnait et deux, trois ou quatre patients écoutaient l'un d'eux chanter.

A côté du bar, mais comme ailleurs, des wc à la disposition des patients. Conçus sur le modèle et de la taille de ceux qui servent aux handicapés en fauteuil, ils permettent d'accueillir parfois plus d'une personne. C'est un lieu de repli, de calme ou de retrouvailles. Selon les goûts, les envies ou les projets, certains y partagent un joint de hachich, d'autres s'y livrent à quelques rapports sexuels. Le lieu est particulièrement peu accueillant. Cela n'empêche pas les patients de le fréquenter assidûment.

La cour, ou le patio, est la grande scène au centre de l'établissement. Les fenêtres de chambres comme celles de bureaux y ont une vue plongeante. L'illusion de ne pas y être observé y est favorisé par le décor de palissades en bois. Cependant rien ne peut s'y passer qui ne se voit. Si un cri retenti, l'écho se charge de le faire entendre à tout le monde. Cet espace est le lieu de toutes les rencontres. Des plus chuchotées aux plus bruyantes. Carrée, aucun recoin ne résiste à l'intimité.

Enfin, les coursives sont peut-être les espaces extérieurs à la hauteur des étages qui sont les plus tranquilles. En plein air, elles permettent d'être à l'abri de la pluie et de certains regards tout en profitant du temps extérieur. Quelques fauteuils y sont parfois disposés et permettent de « faire salon ».

LA DISPARITE DES RENCONTRES ET DES CONTEXTES DE RENCONTRES.

Que rencontrons nous chez le patient et qu'est-ce qu'il rencontre chez nous ? La partie « folle » ou la partie « saine » ? Comment s'opèrent les rencontres et avec qui et pourquoi ? L'observation clinique nous instruit de la qualité de ces rencontres. Comme le rappelle Ciccone (1998, p. 85-86) « On peut dire que dans un groupe de professionnels, notamment une équipe institutionnelle, il y a un premier niveau de transfert : celui des patients sur les soignants. Les patients rejouent leurs conflits dans l'institution, ils font jouer leurs conflits au groupe, à l'équipe de soignants. Il en est ainsi par exemple, des conflits traités par le clivage : il est très fréquent qu'un soignant dans une institution soit investi, par un enfant psychotique, par exemple, comme très bon, et un autre comme très mauvais. L'enfant désigne souvent comme bon un adulte de passage (un stagiaire), ce qui lui permet de faire vivre à son soignant référent qu'il est mauvais (ce qui est une mesure de rétorsion pour toutes les frustrations qu'il lui impose), mais ce qui lui permet aussi de maintenir l'illusion d'une absence de toute continuité affective (car la relation désignée comme bonne n'est jamais durable). Bref, les conflits des patients sont souvent transférés dans l'équipe, qui représente une sorte de « caisse de résonance hystérisante » de la conflictualité des patients, selon une expression de F. Palacio-Espasa.

De nombreux conflits institutionnels trouvent leur origine dans une problématique d'un patient. L'équipe vit ce que devrait vivre le patient s'il avait intégré son conflit psychique. »

La rencontre avec le psychiatre s'impose au patient dans le service de l'unité d'admission où nous avons été en stage. Le patient ne choisit pas son médecin. Le mode relationnel qui s'instaurera déterminera le type de la rencontre. Le cadre de l'entretien définira le genre de cette rencontre. Comme nous l'avons vu précédemment, le symptôme est un phénomène pensé comme étant le signe d'autre chose : il signe une pathologie. L'objectif de la rencontre est le traitement médicamenteux du symptôme. La rencontre avec le psychiatre postule un type relationnel qui aura des effets sur les relations qu'instaurera le patient avec les autres membres de l'équipe soignante. Le rapport d'autorité qui se joue parfois dans la relation avec le médecin aura des conséquences sur le comportement du patient avec les personnes qu'il croisera dans l'établissement.

Ce fut le cas lorsque Mlle G. vint discuter avec nous dans la cour après son entretien. Nous lui avons servi de « bon objet » pour qu'elle puisse négocier ou définir une position face au médecin avec lequel elle était en opposition. Mr P. quant à lui trouve en nous des occasions de réaffirmer qu'il n'a pas sa place parmi « tous ces fous »... Nous ne sommes ni patients, ni médecins, ni même soignants. Juste quelqu'un de l'extérieur, de passage et qui fait des études. Il se montre d'ailleurs admiratif à notre égard et nous pensons que ça le valorise de montrer à d'autres qu'il a un contact privilégié et régulier avec nous, « personne normale ». Il nous semble d'ailleurs qu'il en est souvent ainsi avec certains patients.

Avec les infirmiers et les aides-soignants, le patient peut généralement, quand il est à l'origine de la rencontre, choisir son interlocuteur ou son interlocutrice. Il ne nous cache pas d'ailleurs qu'il ou elle apprécie plus ou moins telle ou telle personne et nous en communique souvent les raisons. Il se joue là quelque chose de l'ordre de la projection et du transfert. Des sentiments, des affects, des expressions circulent, remplissent les « entours » et créent l'ambiance.

Que deviennent ces éléments s'ils ne sont pas intégrés au processus thérapeutique ? La question relève de l'intention, de la volonté, de la formalisation donc, de l'usage ou de l'ignorance volontaire ou pas de les intégrer dans un processus partagé de soin.

Les temps passés avec les infirmières au réfectoire nous ont particulièrement interpellés. Pourquoi les repas sont-ils si rapidement consommés ? Pourquoi le silence bien souvent nous a-t-il paru si pesant ? Il nous a semblé que le réfectoire était à la fois attendu et fui par les patients. Pourquoi la communication entre les patients parfois si prompte dans la cour devenait-elle si difficile voire impossible sous l'œil du personnel soignant dans le réfectoire ? Nous avons-nous-même eu beaucoup de mal à nous intégrer dans ce réfectoire. Nous aurions voulu nous y installer, mais cela nous a été impossible. La seule fois où nous avons été invités à y consommer un café, nous avons ressenti une espèce de fausse démarche. Comme une intention qui sonnait faux. Le cadre de santé avait demandé aux équipes de prendre le petit déjeuner avec les patients un jour par semaine. L'occasion d'améliorer l'ordinaire par des brioches devait marquer ce jour-là. Or, il semble que les soignants n'aient pu ou voulu se répartir les places au milieu des patients. Ils déjeunaient donc à part. L'ambiance n'en n'était que plus pesante.

La fonction phorique (qui concerne la prise en charge quand l'équipe soignante porte le malade avec une neutralité bienveillante et suffisamment bonne) semblait absente de cette expérience. On peut donc s'interroger sur la fonction métaphorique « qui caractérise ce qui prend sens pour le malade, la réalité de son appareil psychique et la pertinence des concepts d'inconscient et de transfert » selon le mot de Delion (1986, p. 140) lors d'une telle tentative.

Mis à part ce temps très cadré des repas, les patients ont d'autres occasions de rencontres avec le personnel paramédical. Notamment lors d'attentes prolongées dans le couloir de l'unité. Que ce soit en attendant l'heure d'un repas, l'heure de la prise des médicaments, le rendez-vous avec le psychiatre... Mais ce personnel porte des blouses blanches, ce qui le stigmatise aux yeux des patients. Ils savent que tout ce qu'ils disent ou montrent aux infirmiers, sera consigné ou communiqué. Et comme ils ne maîtrisent pas l'usage qui sera fait de leurs confidences, ou requêtes, ils peuvent se montrer circonspects. Nous en avons eu confirmation le jour où Mr P. nous a clairement dit se méfier « des autres » en évoquant les soignants. Il n'est pas le seul à nous avoir signifié sa méfiance d'un système hospitalier vécu comme organisé pour dominer.

Il en va tout autrement de la rencontre avec les psychologues. En effet, le sujet qui sera abordé, la personne qui sera librement rencontrée, le moment qui sera choisi, participe à une relative confiance dans la rencontre. Là, se jouera une autre forme de rencontre, avec d'autres formes de transferts. L'autorité médicale vécue par ailleurs est ressentie comme absente avec la psychologue. Le niveau des échanges peut varier, différer et révéler autrement la personne à elle-même et au professionnel. On peut s'interroger sur l'amplitude horaire de la présence de ces professionnels. Deux jours par semaine se révèle être un choix qui nous échappe.

Avec le stagiaire, la présence prédispose à la rencontre informelle. L'enjeu de notre présence n'est pas directement lié au projet de soin. Le patient ne nous perçoit pas comme faisant partie de l'équipe de l'hôpital. Nous sommes là, entre le patient et le soignant, un peu comme une personne ordinaire qu'on pourrait rencontrer dans la rue. Nous accueillons l'interaction comme elle vient. Notre seul objectif est d'être disposé à l'empathie et d'en recueillir les effets. Nous nous plaçons le plus souvent possible dans les interstices de la « rencontre officielle » ou programmée par l'hôpital. L'aléatoire des débuts devient peu à peu un cheminement concentré dans les creux, inattendu dans les « entours » du patient. Néanmoins,

nos parcours quotidiens finissent par dessiner des « habitudes » : la cigarette du matin dans la cour après la réunion du « staff », notre présence dans le couloir aux abords du bureau des infirmiers avant les entretiens psychiatriques, le hall d'accueil où se trouve la machine à café en fin de matinée. L'après midi, c'est à peu près le même parcours quand nous ne sommes pas en réunion de synthèse ou en entretien avec le médecin. Nous veillons à ne pas apparaître intrusif ou surveillant dans les lieux investis par les patients. Nous observons mais jamais ne prenons de notes sous l'œil des patients. Comme si nous étions là, ne sachant que faire. Ce qui motive souvent la question : Qu'est-ce que vous faites ? Une façon de susciter l'intérêt pour que l'échange et la rencontre s'établisse sur des bases hors programmation. Peut-on dire à la façon de Jean Oury que nous prenons soin de « programmer le hasard » ? Nous le pensons. Nous offrons au patient l'occasion d'une rencontre où tout peut se jouer, sans cadre préétabli, prédéfini, ouvert à la surprise.

Quand un patient s'adresse à nous et nous raconte sa vie, nous parle de ses angoisses, évoque son sentiment d'injustice ou d'impuissance de sa situation, qu'il ou elle nous interpelle pour que nous l'écoutions, nous nous demandons toujours où se nichent les raisons qui motivent son acte. Au début, nous ne savions que faire des éléments déposés là, dans l'interaction. Par la suite, nous tentions d'établir un rapport d'explications avec notre connaissance de la personne qui s'affinait. Vers la fin, nous tentions de comprendre la logique à l'œuvre au regard de la pathologie.

Notre rencontre au long cours (trois mois) avec Mme T. nous a montré que le contexte de l'évolution de sa situation influençait nos échanges. Toujours en quête de rencontres au début de son séjour à l'hôpital, elle nous invitait à venir discuter avec elle. Un jour, après une divergence de point de vue lors d'une discussion concernant la notion de race, elle s'est peu à peu détournée de nous. Puis elle a repris lien quelques jours avant de l'abandonner définitivement. C'était à un moment où elle avait à prendre une décision entre retourner chez elle ou intégrer une maison de retraite. Nous n'étions plus l'individu « ressource », la personne sympathique, le stagiaire auprès duquel se confier. Il en était de même avec les soignants. Mme T. se détachait même des autres patients avec qui les échanges devenaient distendus. De cette évolution repérée, nous pouvons simplement dire qu'elle était maîtresse de la rencontre et de sa qualité. C'est elle qui maîtrisait le rythme des interactions et leurs contenus. Autrement dit, de son « entour », ce par quoi et par qui elle décidait d'être « portée ».

Concernant les patients entre eux, nous évoquerons plus facilement le terme de diversité des rencontres et des contextes de rencontres que le terme de « disparité ».

En effet, les patients disposent d'un réseau plus large de possibilités d'échanges entre eux qu'avec les soignants ou même les stagiaires. Il est à prendre en compte que le temps salarié des uns ne se calcule pas sur le temps du séjour des autres. Les opportunités de « commerce » (cigarettes, drogues, sexes et dialogues) sont décuplées par le temps distendu pendant la prise en charge.

Le malade, livré une bonne partie du temps à lui-même erre à la recherche d'une occupation, d'un réconfort, d'un « miroir », toute chose nécessaire à la reprise en main de lui-même ou à sa recomposition. Se rassembler, se retrouver à travers les rencontres avec l'autre trouve à s'élaborer plus facilement entre patients qu'avec les soignants. C'est notre avis. Il découle de nos observations. Nous aurions dû réaliser une statistique pour affirmer un tel propos. Mais nous étions dans une approche plus qualitative.

Enfin, pour savoir si « programmer le hasard », au sens de Jean Oury, celui des rencontres entre patients notamment, est un objectif dans la thérapeutique de l'hôpital, nous aurions dû en trouver une trace de la formulation formelle dans le projet d'établissement. Nous avons simplement entendu qu'il était volontaire de laisser la possibilité aux patients de circuler d'un service à l'autre. Et encore, de la part d'un membre du personnel non soignant...

LA DISPARITE DES AMBIANCES.

Rappelons ce que l'ambiance représente pour l'analyse institutionnelle. « Le mot ambiance veut dire autour, ce qui entoure. Si on laisse aller les choses, nous dit Oury (1980, p. 331), si « l'état de choses » est laissé dans son état quasi naturel, ça dégénère en cloisonnement, en dégradation d'ambiance. »

Pour le dictionnaire Le Petit Robert, l'ambiance se définit par l'atmosphère matérielle ou morale qui environne une personne, une réunion de personnes. Elle est relative au climat, au milieu. Mettre quelqu'un dans l'ambiance, c'est le faire participer à l'ambiance d'un groupe, d'une situation.

Selon les types d'accueils, les possibilités de choisir ses rencontres et les personnes rencontrées, l'ambiance ou la perception de l'ambiance en sera modifiée. La question que nous avons travaillée durant toute la durée de notre stage a consisté à définir si l'ambiance était issue de « hasards programmés » par l'institution ou si l'ambiance était là, telle qu'elle était, comme par défaut, livrée à elle-même.

La très grande disparité des ambiances ressenties en fonction des temps de la journée, des espaces et des personnes présentes, nous a suffisamment interpellée pour que nous nous arrêtions sur cet aspect de la prise en charge.

Nous avons aussi tenté de comprendre le point de vue que partageaient les soignants sur cette question de l'ambiance. Nous avons d'ailleurs parfois l'impression que c'était loin d'être une préoccupation majeure, tant chaque professionnel était concentré sur sa partie du travail à réaliser dans la chaîne du soin.

Nous ne pouvons nous empêcher ici de citer comme on le ferait d'une association d'idée, un passage du livre de Tosquelles qui vient d'être réédité : *Le travail thérapeutique en psychiatrie* aux éditions Erès (2009, p. 27). « L'ergothérapie, ou ce qu'il en reste, est donc devenu un nouvel échantillonnage du « travail en miette », le travail divisé ; c'est même une devise bureaucratique qui remplace le bien connu « diviser pour régner ». Sans la moindre mauvaise intention d'un « pouvoir » mal intentionné, on divise et on « spécialise » n'importe quoi et n'importe où, même si cette spécialisation devient une abstraction, sans attribut... ».

Il nous a souvent semblé que chaque soignant avait pour préoccupation première sa partie du travail et que les liens avec les autres parties, si elles pouvaient être objet de préoccupations, ne pouvaient l'être que de surcroît et si possible non logiquement obligatoire.

De cette petite digression revenons en à ces ambiances qui diffèrent, qui sont repérables et dont mon interrogation relève de la logique de la continuité des soins thérapeutiques.

Nous nous souvenons de la première fois, dans un couloir de l'unité d'admission. Une patiente pestait contre le temps qui s'étirait. Elle avait rendez-vous avec le médecin. Les infirmières lui avaient dit que le docteur arriverait dans un quart d'heure. La patiente a attendu

deux heures. Quelque ait été sa pathologie, nous ne comprenions pas que sa requête ne soit prise au sérieux. Nous avons quelque difficulté à considérer ses reproches comme irrecevables. Car, lui dire qu'elle n'était pas la seule à attendre ne justifiait en rien l'absence d'explication. Par ailleurs, comme « une traînée de poudre », l'ambiance s'est rapidement dégradée. Le malaise chez les autres patients devenait prégnant. Et comme un agacement s'enchaîne à un autre, la patiente s'est accrochée verbalement avec une personne de l'équipe de nettoyage. Le ton est monté. Les infirmières ont donné tort à la patiente au prétexte qu'il ne fallait pas parler de la sorte aux agents du ménage. Certes, elle n'aurait pas du. Mais que fait-on pour considérer l'enchaînement des événements ? Rien. Là, en l'occurrence, rien n'a été travaillé par l'équipe.

Ce type d'événement nous a mis sur la voie de notre sujet. Les temps distendus, creux, vides, morts, sont propices à une « perte d'équilibre » dans la qualité relationnelle qu'on imaginait dans un hôpital.

Il aurait été intéressant d'approcher de manière statistique les données relatives aux nombres et ensuite aux raisons qui sont à l'origine des appels de renforts. Précisons que l'appel de renfort est un signal envoyé à toutes les équipes pour se rendre en urgence sur un lieu de danger potentiel imminent. Souvent, il s'agit d'un patient en crise et qui semble sur le point de retourner sa violence contre lui ou contre d'autres. Peut être qu'une telle étude nous montrerait qu'à l'origine d'une violence se trouve, non pas une décompensation ou un trouble du à la maladie, mais une forme sournoise de violence institutionnelle qui botte en touche l'explication de son origine.

Il aurait été intéressant aussi de comprendre comment les professionnels perçoivent et expliquent les disparités d'ambiance. En parallèle, comment ils perçoivent les temps informels que nous situons entre les temps régis par les soins.

Que se manifeste-t-il du point de vue du patient dans ces différents types d'ambiances lors des temps informels ? Qu'un patient parcourt de long en large un couloir, fasse les cents pas comme on réfléchit, cela ne nous a pas choqué. On sent bien parfois cette nécessité pour la personne de se retrouver, de rythmer ses heures, de chercher une forme d'équilibre.

Quand une autre descend dans la cour, pour prendre l'air, fumer une cigarette, discuter avec d'autres, là encore, nous ne trouvons rien à y redire. Il nous semble que cela vient du fait que le patient porte la décision de sa condition à un moment donné.

Un choix existe qui justifie sa présence, son geste ou son propos. Même sous-tendu par une pathologie, aussi étrange que paraisse la ronde des déplacements, il se passe quelque chose qui nous semble « logique » understandable.

Si l'ambiance se dégrade dans la cour à l'occasion d'une mésentente, d'un refus de donner une cigarette ou même d'une agressivité passagère, là encore, rien que d'assez banal.

Ce qui nous a semblé particulier, c'est l'abandon. Les moments où le patient se sent abandonné, livré à lui-même alors qu'il cherche un regard, une écoute, un partage. Il nous ait très souvent arrivé d'assister à l'éviction du patient au prétexte qu'on était en pose ou occupé par ailleurs (mais pour des choses qui n'avaient rien à voir avec le soin). Il y avait comme des jachères relationnelles. Des creux qui nous semblaient difficiles à justifier. Et les expressions de mécontentement nous revenaient parce que nous étions disponibles, là, un peu par hasard, mais visiblement, heureux hasard d'être l'oreille qui pouvait écouter à ce moment-là.

Tout ceci n'a rien à voir avec la relation cadrée telle que le soin l'a prévue. La sage ambiance des temps de distribution des médicaments avant les repas par exemple, est assez significative d'un sens, entendu, perçu, reconnu, justifié.

Concluons provisoirement que le cadre de l'ambiance explique celle-ci en partie. Nous avons vu que c'est à l'intérieur du cadre que le processus s'opère. Il n'est donc pas surprenant que lorsque le cadre, plutôt clair quand il s'agit de celui de l'hôpital, n'est pas institué, ni travaillé en amont, lors qu'il correspond à ce que nous avons repéré comme informel et qu'il se forme de lui-même en quelque sorte, celui-ci permet un processus d'expression très différent. La question qui nous vient donc à l'esprit est la suivante : que seraient les entours, la rencontre, l'ambiance dans un cadre travaillé et pensé dans les interstices de l'informel ? Comment le patient s'y retrouverait-il et comment le soin gagnerait en efficacité ? Il en va de même des équipes soignantes et de leurs rapports avec les patients, mais aussi de leur rapport à leur travail.

CONCLUSION GENERALE

Nous avons tenté de traiter du sujet de la fonction de l'informel dans un établissement de santé en nous appuyant sur ce qui nous surprenait et nous étonnait. L'étonnement comme principe de base de l'intérêt pour qu'un questionnement émerge nous vient de nos approches de psychologue du travail. Appliqué à la recherche en psychopathologie clinique, il nous est apparu tout aussi pertinent. Nous comprenons donc toute la proximité qui se dégage de notre champ exploratoire avec notre formation antérieure.

C'est en toute logique que nous avons trouvé l'intérêt que porte l'analyse institutionnelle au collectif. En effet, un collectif de soignants porte la responsabilité de la fonction diacritique de son métier.

Nos lectures des penseurs de l'analyse institutionnelle tels Oury, Tosquelles, Delion, entre autre, nous ont mis sur la voie de l'analyse de l'influence du milieu au service des malades mentaux.

Nous avons abordé les questions d'engagement dans la relation avec le psychotique, les questions d'éthique dans l'engagement collectif des services d'un hôpital.

L'organisation de ces mêmes services, quant elle est pensée avec le souci de faire circuler le désir pour que le passage d'un groupe à l'autre, d'un discours à l'autre fasse sens et opère dans le soin une efficience, trouve ses racines conceptuelles dans la théorie psychanalytique. C'est ainsi que les penseurs de la psychiatrie institutionnelle rapatriaient les concepts de sens, de détours, de transfert, de cadre et de « tuché » notamment pour articuler une réflexion qui dépasse la simple production de soins.

Nous ne pouvions aborder l'informel, le marginal, en ignorant l'ensemble. Nous avons donc dû prendre en compte l'évident, le formalisé, le fonctionnement connu, reconnu, repéré, pour en extraire le contre point, à savoir : l'inattendu, le surprenant, l'étonnant. Il nous a donc fallu articuler une réflexion autour d'un découpage pour dissocier un fonctionnement quotidien et en extraire des observations justifiant nos remarques.

Nous avons vu que le découpage en unités distinctes, qu'il s'agisse des espaces de rencontres, des comportements, des niveaux de prises en charges ou des ambiances, s'élaborait plus aisément que leurs articulations au service des patients. Or, comme en linguistique, c'est le sens qui fait lien. Ce sont les rapports contextuels qui donnent la mesure d'un tout ou de liaisons entre les parties.

Il nous a semblé que la prise en compte de l'informel dans la démarche thérapeutique d'un établissement public de santé psychiatrique a des conséquences, tant pour le patient que pour le soignant.

Pour le patient, l'informel fait lien et donc sens. S'il n'est pas travaillé pour être coordonné, il se délite et se perd. S'il est décomposé et cloisonné, il divise, éclate les repères, disperse les intérêts. Pour le soignant, ce qui se passe dans l'informel pour le patient a des conséquences sur la prise en charge. Pour le dire à la manière de Tosquelles, (2009, p. 48) « Il s'agit d'un enchaînement, dont il convient de permettre que le malade en établisse les chaînons et que les thérapeutes ensemble en saisissent le mouvement. »

Même si les soignants ont conscience de l'utilité de la continuité des actes de soins, il se pourrait qu'un certain mode de fonctionnement, une certaine spécialisation des services, une

division du travail, empêchent de concrétiser un niveau de fluidité fonctionnelle. La division du travail à l'hôpital n'échappe pas aux avatars du cloisonnement. Or, il semblerait que la critique du fonctionnement des institutions psychiatriques d'aujourd'hui marque la nécessité de revenir à plus de souplesse, vecteur d'engagement des collectifs de soignants.

Pour le dire autrement, il semble que l'hôpital d'aujourd'hui manque d'espace pour laisser la place à l'inattendu ou la surprise, et répond aux attendus de l'époque du tout sécurisé, rassurant, prédictible. Guy Dana le dit avec d'autres mots (2010, p. 46) : « La modernité qui ne veut prendre aucun risque chasse et traque l'inattendu. Voisinant avec la sémiologie psychotique, la rhétorique, liée à la transparence, à l'adéquation des réponses et à la traçabilité, veut faire valoir un monde strictement objectivable et contractualisé. Or ce monde méconnaît les vérités de la structure et ce mi-dire de la vérité qui en est le témoin.

Là où la psychose est impuissante, en particulier face à l'inattendu, la modernité entretient, elle, une forme de négation qui heurte. Elle emporte dans le formalisme les inattendus du sujet, contredit cet éveil que la psychanalyse cherche au contraire à générer et semble étendre son influence dans la méconnaissance de ses effets. On peut donc considérer qu'il y a quelque chose d'inquiétant ou de dérisoire à constater qu'un voisinage de position réunit psychoses et modernité. »

L'enjeu de notre travail est de nous révéler le sens de ce qui se fait aujourd'hui au service des patients selon une logique qui peut nous interpeller. En effet, si nous considérons que ce qui nous étonne relève de quelque chose qui ne « va pas de soi » (pour le dire à la façon de Oury) c'est que d'autres manières sont à imaginer malgré les moyens ou avec les moyens qu'offre les injonctions des politiques publiques qui s'imposent au secteur de la santé mentale.

Nous avons bien compris que l'hôpital psychiatrique n'est plus un lieu de vie, mais un lieu de soins, de traitements. Pour autant, cela doit-il inférer dans l'intérêt que l'on peut porter aux temps informels, sachant ce qu'ils révèlent comme nous l'avons vu, des espaces, des ambiances et des types de rencontres impliqués dans le soin ?

En termes de perspectives professionnelles, nous pensons qu'un travail serait à poursuivre pour tenter de trouver les ressorts qui permettraient de sortir de l'emprise organisationnelle qui empêche certains professionnels de faire leur métier comme ils souhaiteraient peut-être vouloir le faire. En somme, continuer de bien faire son travail « malgré tout » sans s'y perdre.

BIBLIOGRAPHIE

Bateson, G. et al. (1956). « Vers une théorie de la schizophrénie ». Trad. fr., in *Vers une écologie de l'esprit*, (pp. 9 – 34). Tome 2, Paris : Le Seuil : 1980.

Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In *Crise, Rupture et dépassement*. (pp. 255-285). Paris : Dunod.

Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris. Dunod.

Claverie, C., Bonnet, M., Bonnafé, L., Tosquelles, F., Bennichou, J., Tonnelier, H., Gentis, R., Delion, P., Oury, J. (1986). *Rencontres de Saint-Alban. La psychiatrie institutionnelle*. Saint-Alban : Imp. S.L.A.S.M.

Dana, G. (2010). *Quelle politique pour la folie ?* Paris : Stock.

Debray, R. (2010). *Eloge des frontières*. Paris : Gallimard.

Donnet, J.-L., Green, A. (1973). *L'enfant de ça*. Paris: Editions de Minuit.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1970). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.

Fenichel, O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris : PUF.

Fraïsse, P. (1982). *Psychologie de demain*. Paris : PUF.

Freud, S. (1937). L'Analyse avec fin et l'analyse sans fin. In *Résultats, idées, problèmes*. Paris : PUF.

Freud, S. (1895). Esquisse pour une psychologie scientifique. In *Naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Goffman, E. (1968). *Asiles (Etudes sur la condition sociale des malades mentaux)*. Paris : Les Editions de Minuit.

Jackson, M., Williams, P. (2004). *Impensables tourmentes, la quête du sens dans la psychose*. Larmor-Plage : Editions du Hublot.

Lagache, D. (1952). *Le problème du transfert*. (pp. 1-2). Paris. Revue Française de Psychanalyste, n° 16.

Ménéchal, J. (1999). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Dunod.

Oury, J. (1986). *Le Collectif. Le Séminaire de Sainte-Anne*. Nîmes : Champ Social Editions.

Oury, J. (2007). Le corps et ses entours : la fonction scribe. In *Corps, psychose et institution*. Toulouse : Eres.

- Oury, J. (2004). Les résistances. In *Résistances et transferts*. (pp. 19-26). Toulouse : Eres.
- Oury, J. (1980). *Onze heures du soir à La Borde*. Paris : Galilée.
- Pankow, G. (1993). *L'homme et sa psychose*. Paris : Flammarion.
- Racamier, P.-C. (1980). *Les Schizophrènes*. Paris : Payot.
- Roussillon, R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Searles, H. (1965). *L'Effort pour rendre l'autre fou*. Trad. fr. Paris : Gallimard. 1977.
- Tosquelles, T. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Toulouse. Erès.

Annexes

ANNEXES

OBSERVATIONS DE MR. P.

Entretien et interactions avec Mr P. durant son séjour à l'hôpital

Le 23 juin 2011, Mr P. est accompagné par sa sœur l'UAT (Unité d'Admission Thérapeutique).

Le premier rapport du médecin, note :

Présentation correcte. Désinhibition avec excitation psycho motrice modérée. Demande à être hospitalisé tout en déniait les troubles. Etat mixte, logorrhéique, propos flous, diffluent, thématique délirante mal systématisée : les voyous, le complot maghrébin...

Connu pour trouble bipolaire de longue date.

Dernière hospitalisation psychiatrique en 2009.

Sous insuline, il ne peut pas restituer son traitement.

Biographie :

Divorcé, deux enfants adolescents, tension avec sa fille.

Avait hébergé quelqu'un chez lui. Problème avec cette personne.

Policier. Sera en retraite dans quelques mois.

Le 24 juin 2011, il est reçu par le psychiatre qui note : subexcitation psychique et bonne adhésion aux soins.

Le 5 juillet 2011 (11 jours plus tard), le médecin note qu'il paraît calme et serein, mais dès qu'il est déclenché, il part dans sa tachypsychie responsable d'une diffluence et logorrhée. Labilité de l'humeur manifeste avec moments de pleurs et regrets.

Le 18 juillet 2011, le docteur écrit que le patient va bien avec une note hyperthymique non incompatible avec la sortie qu'il demande pour la fin de la semaine. Changement d'adresse avec déménagement prévu fin juillet.

L'observation :

Vendredi matin 24 juin 2011 à 11h.

L'homme qui entre dans le bureau du psychiatre pour la première fois me paraît assuré. Sa stature en impose et sa voix porte.

Il est 11h du matin. Habillé en civil (jean, chaussures de ville à boucle, chemise ouverte au col et blouson de cuir), il montre un air assuré. Quand il salut le psychiatre, il ne semble pas s'intéresser à ma présence ni à celle de l'infirmière. Il s'affale sur le siège mains croisées derrière la nuque.

« J'ai besoin d'une brosse à dent, d'un pyjama et d'un peigne, dit le patient. Je suis venu avec ma sœur hier. Elle n'aura pas le temps de m'en amener. Elle est directrice d'une mission locale. Elle travaille beaucoup. »

« Pas de problème dit le psychiatre. »

J'observe que le patient semble avoir quelque difficulté à articuler, comme d'autres ici. Est-ce l'effet secondaire de certains médicaments ?

Le médecin, demande au patient si tout va bien et très vite, s'intéresse au traitement médical du diabète du patient car il n'a pas d'information utile. Il sait juste qu'il est diabétique parce que le patient en a parlé aux infirmières en arrivant la veille au soir.

Il s'agit de se procurer le traitement auprès de la pharmacie de l'hôpital le plus vite possible. Le patient semble ailleurs. Il répond aux questions comme si elles présentaient peu d'intérêt.

Le médecin « Vous vous en fichez en fait de votre traitement. Vous ne connaissez même pas le nom du médicament... A quel moment dans la journée vous prenez ce traitement ? etc. »

Le patient fait front en s'excusant de ne pas se souvenir. Il montre un effort pour donner des indications. Il finit par indiquer les coordonnées de son médecin traitant. L'infirmière note ce qu'elle peut capter à la volée de ce que dit le patient qui montre quelque difficulté d'articulation.

Une fois trouvé les coordonnées du médecin traitant notés, le psychiatre le contacte et se fait communiquer l'intégralité de la prescription. Après quoi, l'entretien peut reprendre, centré sur les aspects psychiques de la santé du patient.

A la retraite dans trois mois, le policier se prend à rêver à voix haute aux projets qu'il va pouvoir investir. Il évoque les Iles, les tropiques, Zanzibar... On comprend qu'il en a marre de cette vie où « il en croise des cons et des méchants qu'il faut buter et les gentils qu'il faut protéger. »

Quand, sérieusement, le psychiatre interroge : « Vous fumez de l'herbe ? » un grand rire retentit. Le médecin fait semblant de s'étonner et provoque alors gentiment et prenant à témoin l'infirmière et moi : « C'est vrai ça, vous fumez aussi quand vous brûlez les saisies de shit. Vous assistez au feu en respirant les fumées. Vous êtes tous autour à sniffer l'air de rien... » Rires !

Le policier raconte alors qu'il est allé une fois à Amsterdam avec son amie. Il connaît « tout ça ». Puis il enchaîne sur ces délinquants qui trafiquent. Il explique qu'ils ne sont pas très fins : « Ils se font serrer sur la route par les gendarmes. » Une occasion de rire encore largement.

J'observe qu'il se penche en avant par moment et qu'il regarde le sol en continuant de parler. A d'autres moments, il s'adosse au dossier de la chaise de manière ostentatoire.

Soudain, il évoque un mal au bras, peut-être une tendinite qui a disparu depuis son arrivée à l'hôpital. Puis il accompagne son propos d'un geste pour montrer que ce qu'il dit est bien vrai : il dessine un moulinet dans l'air avec son bras : « Vous voyez, je n'ai plus mal. Je peux faire ça ! » et il réitère le geste. Le psychiatre lui sourit en le regardant.

Il dit qu'il n'a presque plus de cigarette en soupesant l'une de ses poches. Il veut l'autorisation d'aller en acheter et précise qu'il est en H.L. Il prononce les deux lettres, pas les mots auxquelles elles correspondent : Hospitalisation Libre. A l'adresse du médecin, discrètement l'infirmière dit : HDT. (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Le patient n'a pas bien

entendu, contrairement au psychiatre. L'infirmière dit au patient : « Je lis ce que j'ai noté. » Le patient n'en demande pas plus.

« Vous pouvez me faire ce que vous voulez, dit le patient. M'enfermer dans une cellule pendant un mois avec une gamelle. Je suis capable de résister. Mais pas sans cigarettes ! » Il s'exprime avec de grands gestes qui semblent peu liés au sens de son propos. Il demande s'il peut sortir pour aller en acheter. Il dit qu'il a peur d'en manquer, qu'il a dix euros en poche. Le docteur lui dit qu'il peut demander aux infirmières de lui rendre ce service. « Mais je peux sortir ! Je suis en H.L. vous savez docteur ! » Le psychiatre ne répond pas.

« Si nous avons le temps, oui, dit l'infirmière. »

Le médecin, s'adressant à l'infirmière, requiert qu'un ECG et une prise de sang soit réalisée. Il demande au patient s'il surveille sa prostate. Puis, il indique qu'il met fin à l'entretien en se levant et tendant sa main pour serrer celle du patient qui se lève de même. Il remercie et me serre aussi la main. Il sort.

Je demande à l'infirmière : « Qu'est-ce qu'il a ? »

Elle réfléchit et me dit, en regardant le psychiatre : « Je pense qu'il est bi polaire en phase maniaque. » Le clin d'œil du professionnel confirme le diagnostic qui ravit l'infirmière.

« Je ne comprends pas, dis-je. Pourquoi pense-t-il qu'il est en HL alors qu'il est en HDT ? Et j'ajoute : il n'est pas en pyjama non plus comme les autres HDT... »

« Le pyjama est une prescription médicale, me dit l'infirmière. Au début, oui, ils sont obligés de le porter. Là, c'est un peu différent. » Je n'ai pas le temps d'en demander plus.

Le psychiatre m'explique succinctement que, pour le moment, tant que le patient n'est pas dans le refus et qu'il prend ses médicaments, il n'y a pas de raison de la contraindre à porter son pyjama. Je ne pense pas à lui demander pourquoi il n'a pas rectifié quand le patient a formulé qu'il était en HL alors qu'il est en HDT. Par ailleurs, la demande écrite de la sœur du patient, sur laquelle se fonde l'HTD, sera utilisée en cas de besoin. Je comprends alors qu'il me faut mieux comprendre les enjeux juridiques et les implications thérapeutiques du cadre de l'HDT et de l'HL.

Le psychiatre me précise une fois seul avec moi : « Des comme ça, tu en croises tous les jours dans la rue. »

Deux mois plus tard, je rentre de quinze jours d'absence et je retrouve Mr P. qui a quitté l'hôpital voilà six semaines. Il est comme au premier jour. Ses gestes sont désordonnés, son attention fluctuante, son regard s'échappe, son propos est décousu. Il me reconnaît et se montre toujours aussi chaleureux avec moi.

Lors de l'entretien avec le psychiatre, il évoque cette cour qui ressemble à une prison, son dégoût pour ce lieu et certains qui le fréquentent. Il parle de sa fille, verse une larme. Il ne comprend pas ce qu'il s'est passé. Il dit que sa sœur a senti la crise venir. Il semble avoir honte de sa situation. Il ne comprend vraiment pas ce qui lui arrive et réitère sa confiance dans le personnel soignant dans lequel il dit avoir toute confiance.

Après l'entretien, alors qu'il sort fumer une cigarette, il dit qu'il s'em... ici. Il est dégoûté par le décor. Il dit : « J'aimerais aller en ergo. Ils font de jolies choses. On peut les encadrer. Je ferais un cadeau à mon petit fils. » Il est au bord des larmes. Je l'engage à ne pas hésiter à solliciter les ergothérapeutes.

L'entretien auquel j'assiste avec le psychiatre se déroule comme la première fois. Il passe d'un sujet à l'autre. Ses sentiments affleurent. Il pleure quand il parle de ses enfants. Il « fanfaronne » quand il évoque son métier de policier.

Un peu plus tard, dans la cour, il m'entreprind, me parle de son appartement de 55 m² à 600€ avec parking dans le 12^e arrondissement. Puis il me raconte une sortie avec sa mère il y a quelques années. Elle roulait à 150 et grillait les priorités malgré les mises en garde de son fils. Arrêtée par une patrouille, elle invective le policier. « J'ai discrètement montré ma carte de réquisition en expliquant qu'elle était dépressive, me dit-il sans en rajouter. » Puis il me parle d'un restaurant berbère près du marché d'Aligre, m'indique l'adresse en guise de conseil et me détaille le menu, le service, la gentillesse des serveurs et les aspects conviviaux du lieu où il lui est souvent arrivé d'aller manger avec des collègues. Il y a même amené son père 4 jours avant sa mort. Il me précise qu'il était trésorier payeur général dans une grande ville de banlieue. Puis il change de sujet. Il va amener sa sœur dans ce restaurant s'il obtient une permission de sortie de l'hôpital. Cette sœur directrice d'une mission locale et qui « file droit ». Il la craint alors qu'il ne craignait pas son père.

Comme il fait froid et que j'ai une occupation en vue, je le salue en lui disant : A plus tard. Il me salut de même et ajoute une excuse pour le temps qu'il m'a pris. Je le rassure.

OBSERVATIONS DE MR. M.

Observation de Mr M. durant son séjour à l'hôpital

Anamnèse et diagnostic à venir

Le 14 septembre.

L'homme de 80 ans est assis seul, sur une chaise dans un angle de la cour. Il est dix heures. Je vais vers lui pour le saluer. Ce monsieur cherche rarement la compagnie. Il accepte cependant qu'on l'aborde. Ayant assisté la veille à un entretien de ce Mr avec le psychiatre pour répondre à une série de questions d'un questionnaire fourni par une maison de retraite, je connais bien sa situation. S'il a des difficultés sociales, il est en revanche plein de vitalité. Il s'exprime avec facilité. Il a beaucoup d'humour. Son seul souci connu de santé est un psoriasis généralisé particulièrement visible sur les mains et la tête.

Je lui demande en quoi consistait son métier : Ingénieur en horlogerie. La recherche et l'amélioration des systèmes et parfois le prolongement de découvertes vers des applications dans d'autres secteurs. Il me précise qu'il a été cinq fois à son compte. Je m'interroge : fierté ou intention de ne pas passer pour un déshérité ayant atterri-là pour d'autres raisons que sociales ?

Je lui demande s'il a trouvé son journal hier. Il avait requit une permission de sortie de trois heures (de 13h à 16h) à cette fin.

- Je n'avais pas besoin de tout ce temps. Non, non. Je suis allé chercher mon journal et je suis revenu. Que voulez-vous que j'aie fait dans la rue ? Manger des frites ? Y a même pas de kebab ! Ce matin il n'y avait pas de journaux à l'accueil. D'habitude y en a toujours.

- Des gratuits ?

- Oui, c'est très bien vous savez. Ils n'en disent pas long mais au moins on sait tout ce qui se passe.

La discussion verse ensuite les progrès de la société en 50 ans. « Ils ont tout inventé en 50 ans, dit-il. Même le char des romains est à la mode. Vous avez vu ces gens dans les supermarchés ? Ils vont à une vitesse sur leurs engins ! Vous les voyez passer comme ça... » Il imite le conducteur. « Si la dame est grande, on dirait Mme De Gaulle qui passe. » et il rit.

Lors d'un entretien avec le psychiatre quelques jours plus tôt, il ton était très différent. En effet, une infirmière avait rapporté le refus de Mr M. de se laver. De plus, il avait dit à un aide soignant noir qu'il était là pour faire son lit. Mr M. refusait de secouer ses draps pleins de peaux mortes. Le psychiatre avait expliqué au Mr qu'il fallait être courtois avec le personnel soignant. Le vieux Mr avait tenté de se justifier en précisant qu'il n'était pas raciste. Il n'avait pas du tout apprécié qu'on le morigène comme un gamin.

Lors d'un rendez-vous avec le psychiatre pour remplir un long questionnaire de santé pour un dossier de demande d'entrée en maison de retraite, Mr M. n'a cessé de faire des jeux de mots. Il raconte pourquoi il ne veut plus retourner dans sa famille d'accueil : le couple est en instance de divorce et ils aménagent dans une maison où les chambres sont à l'étage au lieu d'être au rez-de-chaussée. Il dit que l'autre personne placée dans cette famille a trouvé

quelque chose (un logement) de bien dans le 20^{ème}. Il dit : « Je n'ai plus de dent, d'ailleurs, je n'en veux pas ! Mais ça ne m'empêche pas de manger des biscottes ! ».

Vous avez des varices ? demande le psychiatre. « Au diable l'avarice disait ma grand-mère et elle m'offrait des gâteaux, répond Mr M.

- Vous êtes sous tutelle ou curatelle ? demande le médecin.

- Curatelle ou tutelle... y a une histoire de Tour Eiffel là derrière, dit le patient.

- Votre groupe sanguin ? A, B ou 0 ?

- AB ? Il est béni ! Celui-là il est mortel, et Mr M. pouffe de rire.

Enfin, il dit qu'il est capable de parcourir 7km par jour, qu'il ne boit jamais d'alcool, qu'il n'aime pas ça et termine l'entretien en disant : « Bon, ben ça y est. Je suis tout neuf ! »

Après 15 jours d'absence, je retrouve Mr M. égal à lui-même, fumant une cigarette dans la cour. J'apprends qu'il a changé d'unité, qu'il est au troisième étage, l'unité où le séjour se prolonge avant d'avoir résolu les détails du projet de soin. L'intégration d'une maison de retraite en l'occurrence. Mais il veut qu'elle soit en ville et proche d'un bureau de tabac et de journaux. Il vient d'en visiter une à Pantin. On attend son avis. Une autre est prête à le recevoir.

Je m'informe sur les stigmates de la personne atteinte de schizophrénie que je ne perçois pas chez lui. Les infirmières me disent : « C'est un schizophrène stabilisé. »

OBSERVATIONS DE MME. T.

Observation des interactions avec Mme T. durant son séjour à l'hôpital du 18 juillet 2011 au 14 octobre 2011

Motif de l'hospitalisation :

Admission via le CMP en HDT suite à de multiples signalements du voisinage et VAD (Visite à Domicile) qui en a suivi.

Biographie :

Femme de 73 ans, célibataire, sans enfant. Aînée d'une fratrie de deux. Elle a un frère de 65 ans qui vit en Moselle et avec qui elle entretient de bonnes relations. Vit seule dans un studio dont elle est locataire. Diplôme de jardinière d'enfant. Ancienne employée de la CAF actuellement à la retraite. Parents décédés. Le père en 1990 et la mère en 2000. Sous mesure de curatelle simple.

Antécédents :

Notion de troubles psychiatriques chez sa mère.

Suivie en psychiatrie depuis l'âge de 20 ans.

La dernière hospitalisation remonterait à plusieurs années à Maison Blanche à Neuilly sur Marne.

Actuellement suivie au CMP Télégraphe.

Opérée d'une tumeur du sein il y a une dizaine d'années. Pas d'allergie connue.

Examen :

Sympathie singulière au contact.

Quelques écholalies sur fond dissocié

Persécution concentrée au voisinage proche sans grand débordement, le reste se résume à des symptômes résiduels.

L'observation :

Voilà une dame triste au début de son placement. Elle se promène en pyjama, mais très vite elle sera autorisée à porter ses propres vêtements. Souvent seule au début, elle finit par lier connaissance avec d'autres patients.

Dans les couloirs du service, elle me demande qui je suis, ce que je fais là et se penche sur mon badge.

- Stagiaire, c'est bien ça stagiaire. Et stagiaire en quoi ?

Je lui réponds : en psychologie.

Elle sourit et me regarde comme n'importe qui pour une première rencontre. Je ne vois rien d'autre qu'une femme âgée, avenante.

Je la croise souvent lors de ses allers et venues dans l'établissement.

Dans la cour, elle s'approche souvent de moi pour me demander comment je vais. Elle me dit que ce n'est pas bon pour la santé de fumer. Mais toujours avec beaucoup de respect, bienveillante. Après quelques jours, elle m'invite à la rejoindre si elle est assise sur un banc

dans la cour. L'entrée en matière est toujours la même : Comment allez-vous ? Je réponds et retourne la question. Il m'arrive de constater un décalage entre le temps qu'il fait et ce qu'elle porte sur elle. Elle me répond alors qu'elle n'a pas froid.

Souvent, elle aborde un sujet inattendu. « Comment vont les enfants, m'interroge-t-elle », alors qu'elle ne sait pas si j'en ai.

Elle agit de même, se levant tout à coup et partant. Elle revient parfois pour me dire : « C'est l'heure du chapelet. » J'interprète que c'est l'heure d'une prière.

Elle discute plus dans la cour que dans les couloirs. Assise, elle prend son temps comme si elle réfléchissait à un sujet de conversation et parfois elle m'interroge en commençant ses phrases par mon prénom, comme pour attirer mon attention.

- C'est dur la psychologie. J'en ai fait quand j'étais avec les enfants...

Ou bien :

- C'est bien ici. C'est tranquille. Vous avez pris votre café ? Vous n'avez pas de réunion aujourd'hui ?

Elle n'attend pas forcément ma réponse.

Pendant un temps, elle était toujours avec une autre dame qui parlait très fort et surtout beaucoup, pratiquement sans s'arrêter. J'avais du mal à interpréter si elle était gênée par cette logorrhée ou si elle écoutait ce que disait la dame. Elle tournait parfois la tête comme pour fuir le son de cette voie forte, mais elle ne partait pas. J'avais l'impression qu'elle s'absentait par instant en pensées avant d'écouter de nouveau sans rien dire.

Un jour, la dame qui parle tout le temps a dit qu'elle s'était faite violé à 17 ans comme elle aurait dit qu'il fait beau aujourd'hui. Mme T., qui semblait penser à autre chose a répondu : « Tant mieux ! » Puis elle s'est redressé pour s'excuser, très confuse. L'autre dame n'a pas eu de réaction particulière. Elle a poursuivi son monologue en disant : « C'est pas grave. »

Un jour elle a téléphoné à son frère en présence des infirmières avec le téléphone de l'hôpital. Elle dit trois phrases, lui a demandé de ses nouvelles et sans attendre la réponse visiblement, elle a raccroché calmement. Elle n'avait pas dit « bonjour », elle n'a pas non plus dit « au revoir ». Les infirmières lui ont fait remarquer son absence de salutation. Elle a répondu : vous avez raison. Alors elle a rappelé son frère et simplement dit : Au revoir !

Un lundi, dans la cour, elle se lève de sa chaise et me dit : « Je dois y aller. J'ai le chapelet à la radio. » Puis elle est parti comme pour une urgence.

Avant, elle m'avait raconté qu'elle était allée à la messe avec une autre patiente, maman d'une petite fille placée en pouponnière. Mme T. m'a raconté qu'après la messe avait eu lieu le baptême d'une petite fille. Elle décrivait avec force détails et geste les sourires, les habits et surtout la coiffe de l'enfant. Je commence à me dire que les préoccupations de cette femme jamais mariée tournent autour des enfants (mal d'enfant ?).

Un après midi, dans le couloir du service, un patient dicte à une patiente une lettre. Mme T. tient la main du jeune homme comme une enfant dans une école. Pendant que j'observe la scène, elle me demande comment va mon frère. Elle m'avait auparavant demandé si j'avais des frères et sœurs et j'avais répondu simplement oui, un frère. Je ne pensais pas alors que cette information serait reprise à l'infini. Car Mme T. me demande toujours de ses nouvelles. Or, il est décédé pendant mon stage, au mois d'août. Dois-je dire à cette personne la vérité ? Je me contente de répondre : « Oui oui merci. » Si je disais la réalité, a quel type de questions

serais-je soumis ? Sur quel mode et à quel rythme ? Comment pourrais-je gérer les éventuelles émotions qui seraient déclenchées ? A quel genre de réactions en retour devrais-je faire face ? Autant de questions qui me renvoient à la difficulté de cerner les mécanismes psychiques de cette personne.

Quelques jours plus tard Mme T. que je croise dans la cour me dit qu'elle va mieux, puis me demande comment va mon frère... je n'avais pas remarqué qu'elle allait mal. Juste qu'elle m'a visiblement évité quelques jours suite apparemment à un échange sur la notion de race avec laquelle elle n'était pas d'accord avec moi... Puis, elle me parle de son frère qui lui a écrit et de sa réponse qu'elle veut me lire. Le mot de son frère cherche à la rassurer sur l'intérêt pour elle d'aller dans une maison de retraite. Elle, elle veut rester chez elle. Ce serait possible si seulement elle ouvrait sa porte aux services d'action sociale qui pourraient lui livrer ses repas. Or, elle n'ouvre à personne... Sa réponse à son frère est déconnectée de son contenu. Elle raconte qu'une patiente a une petite fille et qu'elle va bien... puis, sur un air de reproche elle me dit : « Y a sa femme... j'aurais préféré qu'il reste vierge ! » Elle argumente par un mot relatif à la religion que j'ai oublié. Elle revient alors sur le dernier coup de fil à son frère auquel j'ai assisté et me dit : « Il me donne trop de conseils ! »

Après une absence de quinze jours, nous croisons Mme T. dans la cour alors que nous venons d'arriver. Elle ne regarde personne, fouille un cendrier à la recherche d'un mégot. Elle n'aime pas faire ça. Elle s'en cache, d'autant qu'elle a les moyens de s'acheter des cigarettes. Elle ne me voit pas et ne cherche personne du regard comme d'habitude. Sa coiffure est désordonnée. J'en conclus qu'elle va mal. Je m'informe auprès des infirmières. J'apprends qu'elle doit donner une réponse ce soir. Elle est allée visiter une maison de retraite hier. Elle doit choisir entre la maison de retraite et le retour à son domicile. Alors qu'elle n'ouvrait la porte à personne, elle doit imaginer le faire si elle veut rester chez elle de manière à laisser entrer l'aide ménagère. Les infirmières ont insisté auprès d'elle pour que Mme T. fasse un vrai choix, le sien et non un choix pour faire plaisir à qui que ce soit.

J'ai croisé Mme T. dans le couloir l'après midi. Elle ne m'a toujours pas vu. Elle regarde toujours le sol. Je me suis dit que j'aurais pu lui parler. Ouvrir l'espace d'un éventuel propos. C'est à la fin de la journée que je me suis rendu compte que je ne lui avais pas parlé de la journée. Manque de temps et préoccupé par d'autres choses...

Mme T. a choisi de rentrer chez elle et non d'aller en maison de retraite. Elle a toujours l'aspect désemparé. Dans la cour, elle demande une cigarette à une soignante qui n'en n'a plus. Je lui en propose une. Elle refuse. La soignante ne comprend pas pourquoi et le lui dit. Alors Mme T. se ravise et accepte mon offre sans autre forme d'explication. Elle me montre une feuille de papier à en tête d'une paroisse avec des horaires de messes et quelques lignes de paroles pieuses extraites d'un missel. Je lui demande si elle a eu cette feuille à sa paroisse ou ailleurs. Elle me répond à peine. Elle regarde encore le sol. J'évoque son retour au domicile. Il faut acheter des meubles, me dit-elle. (Son frère a tout vidé. C'était très sale et encombré. Il a tout jeté, même les meubles...). Sans rien ajouter de plus, Mme T. rejoint une autre dame à l'opposé, dans la cour.

Je n'ai plus le même contact avec elle. Je ne sais pourquoi. Je formule l'hypothèse de mon absence de 15 jours (une semaine de cours et une de maladie). Je lui avais annoncé une semaine d'absence. Je n'ose creuser la question de son attitude avec elle. Je le ferai plutôt avec les soignants. Et puis, comprendrait-elle ma question si le temps pour elle est un sujet épineux, voire un non sujet. Je me souviens qu'elle m'avait dit : Ça fait trop longtemps que je suis ici.

TITRE :

La fonction de l'informel dans la démarche thérapeutique en psychiatrie.

RESUME

L'organisation de l'hôpital psychiatrique architecture le parcours de soin en différentes spécialités complémentaires intervenant chacune selon ses savoir-faire auprès des patients. Un certain type de cloisonnement s'opère et créé par défaut ou par volonté des temps informels, élaborés ou pas, selon qu'ils sont volontairement articulés ou non.

Ces temps informels peuvent révéler des cadres dans lesquels circulent les rencontres, les désirs, les transferts et destinent des types d'ambiances dans lesquelles les collectifs gèrent leur fonction diacritique selon leurs possibilités.

L'informel prend donc la place d'une fonction qui reste parfois à définir dans la démarche thérapeutique en psychiatrie.

MOTS CLES

Psychiatrie, analyse institutionnelle, cadre, collectif, ambiance, psychose, transfert, tuché, espaces, rôles, statuts, fonctions, entours.

TITLE :

The importance of informality as a therapeutic approach in psychiatry

ABSTRACT :

Psychiatric cares structure a patient's track accross several unit, each of them involving specific therapies. Gaps of time between meetings and interviews take place, which bring some infomality, whether planned or not.

These time gaps leave room for meetings, desires, psychological transference,etc all of which characterize specific atmospheres that the hospital team will manage according to their own diacritical processes.

Informality is a part of the psychiatrist's therapy which remains to be defined as an approach to the healing process.

KEYS WORDS

Psychiatry, Institutionnal analysis, free time, team, atmosphere, psychosis, transference, tuch, spaces, roles, status, process, surroundings.