



UNIL | Université de Lausanne

Laboratoire de Sociologie (LabSo)

Rapport de recherche ethnographique
à l'Hôpital de Nant

effectuée dans le cadre du séminaire de Sociologie de la communication et de la culture,
printemps 2010, Laboratoire de sociologie, Institut des sciences sociales,
Université de Lausanne

Dire la Folie.
**Communication et institutions
psychiatriques**

Auteurs :
Krzysztof M. Skuza (éd.)
Kim Lê Van
Audrey Linder
Mathieu Roduit

Laboratoire de Sociologie de l'Université de Lausanne



Octobre 2010

TABLE DES MATIERES

Introduction _____	3
Krzysztof M. Skuza	
La sociologie et la psychiatrie : « Je t'aime moi non plus... » _____	4
Un séminaire... _____	5
... des textes _____	8
Performativité et distance au rôle en milieu psychiatrique. Ethnographie d'une cantine d'institution psychiatrique. _____	11
Kim Lê Van	
John Rees: la cantine comme lieu fonctionnel. _____	13
Lieu et mise en situation _____	14
La cafétéria : un lieu de pause _____	15
Le dispositif comme créateur d'identité ? Illustration _____	19
Petite introspection... _____	21
Conclusion _____	23
Annexe : plan de la cafétéria _____	26
Une ethnographie en milieu psychiatrique _____	27
Mathieu Roduit	
Les relations entre le personnel soignant et les patients _____	28
Relations asymétriques de domination _____	28
Relations professionnelles thérapeutiques _____	29
Relations menaçantes pour l'identité du personnel soignant _____	32
Relation par évocation du patient _____	33
La mise en place de mécanismes de protection de la part du personnel soignant _____	34
L'établissement d'une frontière entre le personnel soignant et les patients _____	34
Le Touch And Go _____	36
Le renforcement de l'identité du groupe d'appartenance _____	36
Conclusion : « Une relation thérapeutique personnalisée » ? _____	37
Annexe _____	39
Compte-rendu de mes observations à l'hôpital psychiatrique de Nant _____	39

Communication institutionnelle et informelle de la Fondation de Nant.

<i>Les représentations du Fou et de la Folie.</i>	53
Audrey Linder	
Introduction	54
Méthodologie	55
Matériel à analyser	55
Outils d'analyse: l'ethnométhodologie	56
Outils d'analyse: analyse de discours, analyse énonciative et analyse des catégorisations	57
La communication institutionnelle de la Fondation de Nant	60
La brochure d'accueil: lettre d'introduction	61
La brochure d'accueil: les quatre feuillets	63
La communication informelle de la Fondation de Nant	65
Le patient comme citoyen	65
Le Bon et le Mauvais Patient	67
La Maladie	68
Annexe: Notes de terrain	71
<i>Bibliographie</i>	82

Introduction

Krzysztof Michał Skuza

INTRODUCTION

La sociologie et la psychiatrie : « Je t'aime moi non plus... »

De nombreuses légendes urbaines circulent parmi les sociologues et les anthropologues de la médecine au sujet de la quasi-impossibilité d'obtenir une autorisation pour mener une enquête ethnographique dans le milieu médical en général, et en psychiatrie en particulier. Les hôpitaux psychiatriques tendent ainsi à paraître au chercheur en sciences sociales des tours d'ivoire imprenables pour les intrus issus des sciences sociales ne pouvant justifier d'une double identité, médico-anthropologique ou médico-sociologique, bref, qui ne soit pas un « *disciplinary halfie* » (Luhmann 2001) dont on pourrait un peu moins se méfier que d'un sociologue tout court. En effet, il est intéressant de remarquer que les « *disciplinary halfies* » dominent le tableau des recherches socio-anthropologiques sur la psychiatrie et la santé mentale. Ceci, au moins depuis l'extraordinaire (ne serait-ce qu'en raison de sa durée de deux ans, ce dont on ne peut même pas rêver de nos jours) enquête de Goffman (1968), un sociologue « pur et dur », travaillant en solitaire dans une perspective « disciplinée », contrairement à son contemporain Anselm Strauss (Strauss, Schatzman et al. 1964). Ainsi, la remarquable analyse de la scission de l'esprit de la psychiatrie américaine de Tanya Luhmann (2001) est accomplie du point de vue d'une jeune anthropologue qui se décide à céder à la tradition familiale et à suivre un cursus en psychiatrie. Telle la fille d'un Egyptien qui décide d'aller vivre parmi les Bédouins de sa patrie, afin de les étudier (idem., p.3), Luhmann explicite l'avantage que lui procure son ascendance « psy », en l'occurrence la connaissance du langage et de la culture indigènes. Les travaux de Sue Estroff (1985; Estroff 1991) bénéficient indiscutablement de l'avantage que confie à l'auteur son insertion professionnelle dans le milieu dont elle entend faire une ethnographie. Il n'en est pas allé différent pour Robert Barrett (2006), psychiatre et anthropologue australien, auteur incontournable dont on trouvera les ouvrages dans la bibliothèque de chaque sociologue de la santé mentale et de nombreux psychiatres. Ces auteurs n'ont pas eu à prendre la tour

d'ivoire de la psychiatrie car ils y ont d'ores et déjà eu droit de cité. L'accès aux patients et aux structures institutionnelles ne leur a pas plus posé problème que l'accès à des étudiants poserait à un enseignant académique. On trouve d'autres cas de figure, où l'institution réputée inaccessible qu'est la psychiatrie entr'ouvre sa porte à un chercheur en sciences sociales qui n'a de liens avec la psychiatrie que par le truchement de son partenaire de vie qui se trouve être psychiatre. Sa présence à l'hôpital, lors des gardes que devait assumer son épouse, aurait permis à Robert Castel (1981) de faire des observations qui n'auraient autrement jamais été possibles, sans accès ni à l'institution, ni à la subjectivité de la psychiatre dont il était l'époux et dont il partageait parfois le temps professionnel.

Faut-il donc déjà en être pour pouvoir y accéder? Paradoxale, la question? Les légendes urbaines sur les tours d'ivoire et le droit d'entrée inaccessibles aux sociologues donnent parfois lieu à des problématisations scientifiques du phénomène de l'hermétisme postulé de la psychiatrie. Faute de pouvoir mener une recherche de terrain, certains se voient contraints de se borner à n'analyser, d'une manière très frustrante, que les raisons du refus d'accès à leur terrain rêvé (Darmon 2005). De même, les récits des rares cas de réussite font vite le tour de la communauté universitaire de sorte que « celui-qui-a-réussi-à-y-pénétrer » est vite assailli de requêtes pour savoir comment s'y prendre.

Le présent document atteste donc de l'ouverture de la Fondation de Nant, sans laquelle deux enseignants de l'Université de Lausanne et un groupe d'étudiants n'auraient jamais pu savourer leur « réussite » : avoir pu pénétrer l'hôpital psychiatrique adulte. L'ouverture de la Fondation était d'autant plus grande que le séminaire de sociologie a pu bénéficier de l'apport de conférenciers issus de la Fondation de Nant, dont Raymond Panchaud, Fabrizio Marra, Martine Roch et Richard Simon, qui ont tous accepté de rejoindre ses participants en « terre hostile à la psychiatrie » (pour reprendre l'image du couple malheureux que forment la psychiatrie et la sociologie) , en l'occurrence le Laboratoire de sociologie de l'Université de Lausanne. Qu'ils soient ici tous remerciés pour leur courage, leur accueil amical ainsi que le temps précieux qu'ils nous ont généreusement consacré!

Un séminaire...

Le séminaire de sociologie de la communication et de la culture, dans le cadre duquel les étudiants ont été amenés à effectuer une brève immersion dans la situation d'enquête ethnographie de terrain, portait sur la communication dans un contexte institutionnel, celui de l'hôpital psychiatrique. Après avoir fait une relecture critique de la sociologie dite «classique» de la santé mentale, en général, et de ses analyses de l'institution psychiatrique en particulier, il s'agissait ainsi d'élaborer une approche sociologique alternative qui appréhende

l'institution psychiatrique sous l'angle de la communication. Sous cet angle, l'institution psychiatrique apparaît comme une « matière signifiante hétérogène » dont la structure et le fonctionnement peuvent être révélés par une analyse dite « énonciative ». Une telle analyse permet en effet d'analyser l'ensemble du fonctionnement de l'institution psychiatrique, en l'occurrence ses énonciations institutionnelles et informelles, ses modalités de prise en charge, ainsi que l'aspect matériel de son existence comme autant d'énonciations au sujet des normes sociales et de la distinction entre pathologie et normalité, soin et surveillance, aliénation et réinsertion, etc.

Si le séminaire a réservé une place relativement importante à la spécialité dite « ethnopsychiatrie », c'est qu'elle constitue un excellent analyseur de tout un groupe de problèmes intrinsèques à la communication institutionnelle. En effet, les contenus culturels normatifs sous-jacents à l'institution psychiatrique sont particulièrement saillants dans les situations de communication inter-culturelle, qui exacerbent des phénomènes plus universels, tels les implicites censés « aller de soi ». La (non)communication inter-culturelle permet de mettre en évidence les implicites culturels, sociaux et institutionnels qui sont pré-supposés et les savoirs qui sont attribués aux « consommateurs de service ». Le cas de figure d'un patient migrant met, certes, à mal les routines communicationnelles de l'institution psychiatrique au point que cette dernière doit se mettre à innover pour atteindre un degré d'intelligibilité, mais il présente également l'avantage de mettre en exergue le phénomène plus large de la nécessité pour le patient de maîtriser la culture institutionnelle psychiatrique.

Les thématiques abordées lors du séminaire peuvent être regroupées au sein de trois modules :

- Module 1. "Lorsque le patient ne parle pas le langage institutionnel/lorsque l'institution ne comprend pas la langue du patient: l'ethnopsychiatrie au sein d'une institution psychiatrique". Les conférences prononcées dans le cadre de ce module ont été consacrées à la spécificité de la communication interculturelle en situation clinique. C'est le dispositif d'ethnopsychiatrie en tant que tentative institutionnelle de dépasser l'ethnocentrisme de la communication institutionnelle psychiatrique, qui s'avère souvent délétère cliniquement, qui nous a servi d'analyseur principal de cette problématique. Les conférences des cliniciens ont exploré, entre autres, les questions de la pose du diagnostic et de sa communication au patient ainsi qu'à son entourage. Comment diagnostiquer un patient qui communique sa souffrance consciemment et inconsciemment, notamment par le biais de ses symptômes, au sein d'une institution qui est née dans un contexte culturel, un langage et un système symbolique donnés

et qui a parfois du mal à entendre ce que le patient migrant tente de lui faire comprendre? Allant au-delà des traductions purement linguistiques qu'effectuent les interprètes communautaires, les intervenants sensibilisés à la dimension culturelle du fonctionnement des institutions psychiatriques, tentent de traduire le langage de la symptomatologie du patient en des termes compréhensibles pour le langage local de leur institution.

- Module 2. "Peur de l'asile, peur dans l'asile". Qu'il s'agisse d'énonciations exogènes (médias, proches des patients hospitalisés, M. et Mme Tout-le-monde), dont l'institution est *l'objet*, ou endogènes (les patients hospitalisés, les employés des institutions psychiatriques), dont l'institution est tantôt *l'objet*, tantôt le *sujet* d'énonciation, une grande proportion des communications au sens large du terme (y compris les agencements de l'espace qui "communiquent" de fait au sujet de la peur) prennent en charge la peur que la maladie psychiatrique est susceptible de susciter. En effet, la peur est devenue l'émotion-lieu commun, quasi indissociable de la thématique psychiatrique. Si la peur des «non-fous» est souvent relatée dans la littérature sociologique classique du sujet, la peur des patients eux-mêmes est rarement traitée. Pourtant, elle constitue un phénomène important, notamment depuis que le renforcement des droits du patient et l'ouverture progressive des institutions ont dissous le cadre asilaire – cadre qui était vécu comme rassurant par de nombreux patients.
- Module 3. "Errance et renfermement: d'un imaginaire à l'autre". Les travaux des années 60, notamment ceux de Goffman (1968) et de Foucault (1997; Foucault 2003), insistaient sur la réclusion et la disciplinarisation des patients dans le cadre des asiles psychiatriques, considérés comme des «*institutions totales*» (Goffman) qui exerçaient un contrôle permanent et absolu sur tous les aspects de la vie quotidienne des patients. Le contexte actuel de la poursuite de la «désinstitutionnalisation psychiatrique» effectue un mouvement inverse : il ne s'agit plus d'exclure le patient mais de le «réinsérer» dans son milieu social habituel et de maintenir son insertion sociale, désormais considérée comme indispensable à son équilibre psychique. L'idéal normatif du contrôle des corps et, par-là même, des esprits a donc passé en quelques dizaines d'années de l'imaginaire de la Nef des fous et du Grand enfermement à celui de la réinsertion sociale et de la Privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA). C'est une telle évolution que permet de déployer l'analyse de la communication institutionnelle et informelle au sujet de la réinsertion sociale des patients psychiatriques.

... des textes

Les textes regroupés dans cette monographie ont été rédigés par les étudiants préparant leur diplôme de Master en sciences sociales à l'Université de Lausanne. Chacun des auteurs n'ayant effectué qu'une enquête ethnographique de courte durée à l'hôpital de Nant, le lecteur y trouvera trois analyses qui n'épuisent de loin pas la problématique abordée lors du séminaire, mais qui illustrent bien les phénomènes-clés qui attirent l'attention des futurs sociologues et le spectre de potentielles enquêtes futures. Dans un souci de transparence, les auteurs ont annexé leurs notes de terrain, de sorte que le lecteur peu familier avec la méthode de l'observation par le truchement de l'écriture ethnographique puisse apprendre à connaître la manière dont le sociologue perçoit son objet d'étude à l'hôpital.

Communication demeure le maître mot de ces trois contributions. Ainsi, le premier essai de ce volume, rédigé par Kim Lê Van, se propose d'analyser le processus de catégorisation en tant qu'activité sociale située et la problématique d'investissement de rôles sociaux dans l'espace social atypique que représente l'hôpital psychiatrique, en général, et sa cantine, en particulier. Le lecteur y découvrira une proposition de complément intéressante de la sociologie d'Erving Goffman par le concept original d'Albert Piette, en l'occurrence le « mode mineur ». En effet, le lecteur de l'œuvre classique de Goffman pourrait conclure, à tort, que l'institution asilaire totale serait à même de rendre impossible au « fou » d'arrêter de « faire le fou », ou, autrement dit de « performer » son rôle. N'y a-t-il donc pas de « lieu de pause » à l'intérieur de l'espace « asilaire », où les acteurs seraient autorisés à prendre de la distance par rapport aux rôles qu'ils sont censés « performer » ? Kim Lê Van a choisi la cantine comme lieu d'observation, et où elle constate que les acteurs prennent leur pause de midi avec l'ampleur polysémique qu'offre ce dernier phonème . Elle y fait une rencontre qui lui sert d'exemple pour réfléchir sur l'importance du contexte social pour les processus de cognition sociale et, par extension, la normativité régissant les comportements dans l'espace public, notamment les comportements de type communicationnel.

Mathieu Roudit, auteur de la seconde contribution au présent volume, se penche sur l'enchevêtrement de la communication semi-formelle ou informelle située dans un bureau infirmier, ainsi qu'entre les membres du personnel soignant et les patients. Fruit d'une observation participante à la vie d'une unité des soins en psychiatrie adulte, cet essai fait usage de citations des critiques classiques de la psychiatrie, notamment Michel Foucault et Erving Goffman, et des notes de terrain de l'auteur pour interroger la psychiatrie post-asilaire par rapport à son usage de la communication dans la mise en place d'une prise en charge

centrée sur la relation. L'usage souvent trop défensif de la communication permettrait aux soignants d'aujourd'hui de remplacer l'aspect rassurant des murs de l'architecture asilaire d'antan, mais ceci, au prix d'un questionnement du relationnel de la prise en charge. A l'instar de Donati (2000), l'auteur dénonce le « coup fatal » que porte l'aspect menaçant de la folie sur la communication entre les soignants et les « fous », où ces premiers tendraient à communiquer pour éviter de rencontrer vraiment la folie des derniers. Le phénomène que nous pourrions décrire comme « communiquer pour ne pas communier » n'est pas sans évoquer le travail du psychanalyste américain Michael Robins (2002). Ce dernier estime que la communication avec le patient schizophrène présente, en sus de la nécessité de traduire du « schizophrénien » en français, la nécessité pour le patient d'accepter la menace de se faire comprendre par l'analyste et de devoir du coup accepter la menace de se faire « déposséder ». Ainsi, la nécessité d'une communication entre certains « fous » et certains soignants est probablement vécue par les deux parties comme potentiellement menaçante et donne de ce fait l'impression d'être bancale.

Dans la dernière contribution, Audrey Linder se penche sur la communication formelle, prise en charge par la Fondation de Nant en tant qu'énonciateur institutionnel s'adressant à un destinataire anonyme et la communication informelle au sein d'une unité de soin, dont le dispositif d'énonciation s'incarne dans les interactions directes au sein d'une équipe. Les mondes possibles et leurs imaginaires intrinsèques de « bon patient » et de la maladie, construits dans le discours de la brochure d'accueil, et par les échanges quotidiens se recourent-ils? Ainsi, l'auteure analyse le dispositif de catégorisation principal mobilisé dans la brochure d'accueil, dont le mot « maladie » et l'imaginaire hospitalier sont remarquablement absents. L'auteur remarque qu'en comparaison avec la brochure, il n'est, dans les interactions réelles au sein d'une unité des soins, pas possible de préserver le monde possible qui met en place un « patient-citoyen » qui est en train de « vivre un moment difficile ». La maladie et le dispositif de catégorisation plus « classique » de l'univers hospitalier monopolisent les échanges, y compris ceux qui ne concernent pas la sphère professionnelle de la vie des unités des soins. L'usage par les soignants à l'égard des patients (même lorsque ces derniers sont absents lors des conversations) des civilités « habituelles » de la vie sociale démocratique et pourtant historiquement si peu présentes en psychiatrie, constitue en revanche la manifestation d'une certaine persistance dans la communication informelle du dispositif de catégorisation du type « patient-citoyen ». Ne jamais céder à la facilité du tutoiement irréfléchi, que l'on connaît pourtant bien des médias qui entr'ouvrent parfois en Suisse les portes de la psychiatrie française au public de la télévision, est un signe distinctif de la communication formelle et informelle à l'hôpital de

Nant. Ce signe est d'une importance capital pour le sociologue. La personne hospitalisée, quand bien même elle serait sous le coup d'une mesure de contrainte, n'est jamais forcée à abandonner symboliquement son statut de citoyen, de Madame ou Monsieur X, dont la capacité civique et morale n'est pas mise en question par le fait de séjourner dans une institution psychiatrique. Ce truisme apparent ne l'est pas vraiment, compte tenu du poids du passé pesant sur la psychiatrie.

Il est intéressant de remarquer que tous les auteurs insistent sur la courte durée de leur présence sur le terrain. Cependant, si l'on considère le volume de leurs notes de terrain et la qualité de leurs observations, on peut oser une constatation de succès : le temps passé à Nant a été très bien utilisé par les étudiants du séminaire. Qui plus est, peut-être si le temps qui leur était imparti pouvait se compter en mois et non pas en heures, nous aurions entre nos mains des textes encore plus riches, dont l'ensemble serait à même de constituer une version est-vaudoise des célèbres « Asiles » ?

**Performativité et distance au rôle en milieu psychiatrique.
Ethnographie d'une cantine d'institution psychiatrique.**

Kim Lê Van

En quoi le contexte peut-il déterminer le caractère normatif des appréhensions et des interactions des individus ? L'hôpital psychiatrique de la fondation de Nant présente la particularité de n'offrir aucun signe distinctif entre le personnel soignant, administratif ou encore les patients. Aucune blouse blanche ni aucun badge ne sont préconisés. Ainsi, un processus d'identification est nécessaire à établir en ce lieu afin de permettre à chacun de « performer son rôle » ou tout simplement de définir quel code normatif il convient d'adopter. La catégorisation est donc un outil nécessaire à l'organisation de son monde. L'étude de la cantine a été initialement envisagée comme se concentrant sur les allés et venues des individus, leurs placements aux tables pour manger et éventuellement leurs interactions. Il s'est ensuite avéré que l'étude de ce présent travail s'est naturellement ciblée sur les processus de catégorisations auxquels tout un chacun a recours lors de la désignation des individus. Nous ferions naturellement appel à une banque de critères, certains publiquement communs et reconnus et d'autres plus privés afin d'identifier l'autre. Le contexte, rendant plus aigu ce système, déterminerait quant à lui la sélection de certaines marques au dépend d'autres. Les questions se sont alors posées de savoir comment se mettent en place et fonctionnent ces processus. Le patient voit-il son identité se réduire définitivement à celle de "fou" dès lors qu'il pénètre dans une institution psychiatrique ? Ce rôle est-il performé en continu ? La cantine constitue-elle un lieu comme les autres de l'institution psychiatrique ou entraîne-t-elle une « pause » dans les rôles à performer ? Nous traiterons de ces diverses questions au travers de différentes théories d'auteurs telles que la performativité des rôles de Goffman ou encore le mode mineur de Piette, le tout en amont de notre ethnographie effectuée sur le terrain, le 23 avril 2010. Nous commencerons ce travail par un aperçu du travail de Rees effectué également dans la cantine d'un hôpital psychiatrique qui nous a permis de préparer notre terrain. Nous continuerons avec une mise en situation en exposant le contexte, puis nous aborderons la question de la cafétéria perçue comme « lieu de pause » dans l'adoption des rôles et dans la construction des identités dans son rapport à l'autre. Nous entrerons ensuite dans l'analyse d'un moment plus particulier de l'observation afin d'illustrer nos propos. Enfin, nous terminerons par une brève introspection ; l'envers du décor. Nous nous pencherons un instant sur ma position de chercheuse lors de cette étude et les difficultés que j'ai pu rencontrer.

John Rees: la cantine comme lieu fonctionnel.

Dans son article « Food for thought. The canteen of a mental hospital », Rees (2000) rend compte de son travail issu de ses observations d'une cantine d'une hôpital psychiatrique. Il aborde les interactions en milieu psychiatrique en observant les comportements dans la file d'attente, les signes de contestation ou encore le regroupement des personnes présentes. Il aborde notamment à ce sujet les rassemblements d'individus du même groupe en les présentant comme des processus visant à palier l'anxiété. Ainsi, la séparation des groupe lors des placements aux tables dans la cafétéria viserait à ce que les individus soient entourés de membres de leur groupe afin d'avoir la sécurité qu'offre la présence « d'un même » :

« Emotional withdrawal puts considerable distance between people; they tend to be identifiable only by group membership, as patients, staff, etc. No single person is left to face the anxiety alone. This seemed to be reflected in the close proximity the members of the respective groups appeared to keep » (Rees, 2005 : 52).

Nous proposerons quant à nous également une théorie relative à ces regroupements, ralliant de nombreuses raisons, sans pour autant qu'elle soit contradictoire à celle de Rees. En effet, celui-ci nous propose l'idée de rassemblement de personnes en fonction d'une similitude. Il donne la raison du sentiment de sécurité que peut procurer le fait d'être dans un groupe. Nous envisagerons quant à nous de percevoir les rassemblements aux tables pendant les pauses comme la conséquence de rapports différenciés et préexistants dans les services.

Rees relève également avec pertinence à mon sens, le fait que le chercheur ou l'observateur se présente sur son terrain avec une série de stéréotypes et d'idées préconçues ou présentes (à tort ou à raison) dans le savoir commun :

My view of [this patient] as someone with a severe psychotic illness seemed to close off any thought of her other qualities, hence my surprise when she made remarks which did not fit a stereotyped view of her condition » (Rees, 2005 : 47)

Ce point peut se révéler non négligeable pour notre présent travail en raison de la probable influence effective des stéréotypes dans le processus de catégorisation des individus rencontrés à la cafétéria.

Enfin, Rees présente la dichotomie des groupes patients-soignants comme saillants et parfois même recherché par certains :

« The patients formed the largest group of people in the canteen. The majority were always silent and seemed to be “just passing through”. The silence of the patients was striking, most of the conversation coming from the two groups of nurses. They flouted many of the “rules” in the canteen, pushing into the queue and smoking » (Rees, 2005 : 49).

Cependant, notre terrain à l'Hôpital de Nantes n'a pas fourni les mêmes déductions. Nous pouvons certes tout à fait percevoir l'attitude et l'allure du personnel de l'institution comme une recherche de distinction ou d'appartenance « au-dehors », mais le conflit ne s'est pas montré ouvert, verbale ou explicite. La distinction des groupes s'est faite sur des critères relatifs à l'image. Se pose alors une question : y a-t-il une volonté consciente de vouloir signaler que l'on ne fait pas partie de tel ou tel groupe grâce à des artifices ou à une attitude, à défaut de signes distinctifs visibles au premier coup d'œil comme des blouses blanches ? Une étude plus approfondie ainsi que des entretiens seraient probablement de mise dans un travail ultérieur afin de déterminer si cette différenciation est en effet volontaire ou non.

Lieu et mise en situation

Mon ethnographie s'est déroulée à l'Hôpital psychiatrique de la fondation de Nantes, plus précisément dans sa cafétéria¹. Les notes ont été prises à l'aide d'un téléphone portable afin de faire preuve de plus de discrétion qu'avec une prise de notes sur papier.

La cafétéria est divisée en deux parties dès l'entrée : à droite nous trouvons le coin à café avec un bar prévu à cet effet et à gauche se trouve l'endroit destiné aux repas ainsi que les cuisines en arrière-fond. Les tables sont réparties en trois rangées, trois formes et trois couleurs. Les tables sur la gauche contre la paroi vitrée lors de l'entrée sont à raison de quatre, rondes, jaunes et contiennent en moyenne six chaises vertes. Directement à gauche de l'entrée, dans cette lignée, se situe une table jaune pour quatre personnes. La lignée du centre intègre une série de deux tables à deux places jointes afin d'offrir quatre places, dans les tons violets. Enfin, la dernière rangée se situe en prolongement des cuisines et de la caisse et consiste en une table ronde jaune et deux grandes tables vertes carrées pouvant accueillir huit personnes. L'ensemble de la salle est très lumineux en raison du fait que deux murs qui la composent sont entièrement vitrés. Le mur du fond fait la séparation avec le fumoir et le mur de gauche donne sur la terrasse. Des tables en teck occupent l'espace du fumoir et de la terrasse, respectivement cinq et dix-huit. Mon observation s'est faite à partir de la table la plus proche de l'entrée dans le coin à gauche, nommée J6 selon le plan en annexe.

¹ Cf. Plan de la cafétéria en annexe

L'observation visait initialement un rapport sur les mouvements et les interactions de personnes dans cette cafétéria. La prise de notes de terrain s'est donc faite sur cette idée et a résulté à un compte-rendu des placements des sujets à telle ou telle tables et en telle ou telle compagnie. Or, une précision plus fine des caractères des individus s'est vite avérée nécessaire afin de ne pas se perdre en se limitant à des descriptions de genre par exemple. L'absence de signes distinctifs saillants comme des blouses blanches a dès lors encouragé une recherche d'autres critères afin de permettre une identification. Ainsi, la description a débuté avec l'inclusion d'objets observables directement tels qu'un chapeau, pour aboutir à la relevance de détails plutôt relatifs à l'allure ou à l'attitude mais non moins pertinents et utiles à l'insertion de l'individu dans une catégorie.

L'observation dans cette cafétéria a donc tout d'abord commencé par une liste spontanée des catégories de personnes que j'allais pouvoir croiser. En faisant appel au savoir commun, un tel établissement comporte des psychiatres, des infirmiers, des patients, des visiteurs, et, comme toute institution, des fonctionnaires à l'administration, une équipe de cuisine et un groupe d'entretien. Cette conscience des fortes probabilités de rencontrer ces catégories induit déjà d'entrée le chercheur dans un cadre donné et va automatiquement, du moins dans mon cas, le pousser à relever les critères jugés pertinents pour y inscrire les individus : l'âge, le discours, l'attitude ou encore les artifices. Ces indices permettent de dégager une vision plus globale de l'individu, à savoir son image, son allure et son groupe d'appartenance. Réciproquement, l'on peut également aisément imaginer que dans le cas d'une observation de ma personne par un tiers, celui-ci fera appel à ces mêmes critères afin de me situer. Nous aborderons ce point par la suite lors d'un passage plus spécifique de l'observation.

La cafétéria : un lieu de pause

La cafétéria constitue à mon sens un lieu offrant des interactions à mi-chemin entre la distanciation au rôle proposée par Goffman et la théorie du mode mineur de Piette. Au contraire de se contredire et comme le dit Piette, le travail de celui-ci offrirait plutôt une *contribution* au travail de Goffman. Ce dernier, au travers de la métaphore théâtrale qui lui est associée, fait référence aux multiples rôles que peut ou doit adopter un individu socialement. Nahavandi (Navahandi 1979), dans son *Introduction à la sociologie d'Erving Goffman*, définit la notion de « rôle » chez Goffman comme la présentation pertinente que l'individu donne de soi en fonction de la situation et de ses interlocuteurs : « On peut appeler "rôle" (part) ou "routine" le modèle d'action préétabli que l'on développe durant une représentation et que l'on peut présenter ou utiliser en d'autres occasions » (Nahavandi, 1979 : 20). Pour un homme, ses rôles de père, de consommateur ou de professionnel sont

différenciés et adoptés à la situation. Son rôle de banquier par exemple ne sera pas pertinent en toute situation. « La distance au rôle », quant à elle, consiste en ce refus de l'individu à se restreindre à un unique registre. C'est dès lors la personne qui devient visible et non plus le personnage « performé ». Dans son article « la distance au rôle en salle d'opération » Goffman (2002) donne l'exemple du chirurgien qui peut discuter du match de baseball ou de la réception de la veille avant ou après un moment critique. Le chirurgien se présente ainsi comme plus qu'un simple médecin.

Piette, quant à lui, formule un aspect moins « mécanique » de l'homme. Celui-ci ne pourrait pas s'engager à 100% dans un rôle donné. L'homme ne serait non plus vu comme une machine qui répond à des stimuli mais comme un humain sujet à des décrochages, des détachements ou à des défaillances à son rôle social. « Seulement toléré, [le mode mineure] ne peut devenir un type de conduite à imiter » (Piette 1998). L'auteur explique que, pour être tolérés, ces modes mineurs nécessitent un contexte constitué d'une « coordination de situation » et de la « présence d'objets dans une situation » (*Ibid.* : 279). Autrement dit, l'être social, bien que disposant de certains moments de liberté, n'est pas non plus autorisé à être distrait dans n'importe quelle situation. L'individu dispose d'une espace donné et codifiés, de moments où il s'autorise à « être ailleurs ».

La question du système de norme activé est donc au centre de la vie en institution. Ainsi, dans quel système peut-on considérer que le patient s'inscrit lors de son insertion ? Dans *Asiles*, Goffman peint une vision de la « réclusion » comme impliquant une rupture totale avec le monde du dehors qu'avait connu jusque là le patient. Ainsi, il décrit une série de rites constitutifs de l'insertion, provoquant cette rupture. Signalons que les processus de mortification décrits par Goffman dans *Asiles* (1968) lors de l'insertion d'un individu désormais considéré comme reclus, sont pour la plupart dépassés compte tenu de la date lors de laquelle l'auteur a écrit son ouvrage. En effet, les « cérémonies d'admission » utilisant l'humiliation comme méthode de contrôle des patients lors de leur entrée est sans nul doute révolue (Goffman, 1968 : 59-61). Cependant, nous pouvons ici nous attarder sur la question de « l'isolement » que l'auteur intègre également dans ces processus de distanciation au « dehors ». En effet, Goffman traite là de la rupture que doit subir le patient lors de son internement avec sa normalité de vie « avant » afin de passer à celle désormais en vigueur :

« Dans de nombreuses institutions totalitaires, le reclus est d'emblée totalement privé du droit de recevoir des visites ou celui d'en rendre, ce qui a pour effet d'assurer une rupture profonde avec les rôles antérieurs et de faire mesurer l'ampleur de la dépossession du statut ancien » (*Ibid.* : 57).

Nuançons toutefois ces propos. Nous posons ici l'hypothèse que certes le patient interné subit une rupture avec son système normatif valable en-dehors de l'institution ainsi que les rôles qui s'y rattachent, mais nous réfutons l'idée d'un individu neutre auquel il convient d'apprendre de nouvelles règles qu'il suivra aveuglément en subissant une rupture *totale* avec ses connaissances préalables. En effet, nous avons pu observer dans la cafétéria de Nant que, naturellement, les patients se rejoignent par groupe de deux à quatre afin de passer leur « pause » ensemble. Dans ce cadre, un certain nombre de règles d'interactions sont de mise. Or, le recours à un rôle quelconque est nécessaire dans cette situation. Ainsi, comment affirmer que ce rôle n'ait pas été importé du « dehors » ? Nous postulons donc ici certes une transformation de l'individu qui voit peut-être son rôle de patient prendre le dessus sur les autres, mais en aucun cas une limitation exclusive à celui-ci.

Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous appréhendons la cantine comme un lieu de « pause au rôle » dont on ne s'attendrait pas à voir se détacher les individus dans le cadre d'un hôpital psychiatrique. L'idée préconçue de lieu où toute action des soignants seraient à visée thérapeutique (les promenades soignants-soignés, les discussions, etc.) et que les patients performant en continu leur rôle de patient peut être rapidement révisée lors d'une observation sur place. L'absence totale d'interaction laisse à penser à une rupture dans la dépendance soignant-soigné. Goffman signale un phénomène similaire en abordant le sujet des travaux effectués par les patients, comme du jardinage par exemple, dont l'ensemble des individus présents dans l'institution profite :

« Ces rapprochements institutionnalisés sont, dans leur forme, caractérisés par l'abandon des formalités et des échanges strictement liés aux nécessités du travail qui commandent en général les contacts entre personnel et reclus ainsi que par le relâchement du carcan habituel de l'autorité. [...] Par rapport aux formes de comportement ordinaires, ces activités constituent autant d'"abandon de rôles" (*role release*) » (*Ibid.* : 144-145).

Nous pouvons en effet concevoir le cas de la cafétéria sous le même angle. Nous pourrions tout à fait imaginer qu'elle constitue un lieu de rapprochement entre les individus généralement différenciés. Goffman perçoit la question sous l'angle de ce qu'il nomme *le coefficient de perméabilité*, « [...] c'est-à-dire la facilité selon laquelle les normes propres à l'institution et les normes du milieu environnant sont susceptibles d'interférer pour réduire le cas échéant l'opposition entre les deux milieux » (Goffman, 1968:171). L'institution psychiatrique offrirait une homogénéisation des rôles qui seraient hiérarchisés dans la société du dehors. Dans ce milieu, un nouveau processus d'identification de l'autre doit dès lors s'imposer afin de déterminer s'il pourrait être inclus dans son groupe ou au contraire

dans un exogroupe. Le rôle de « personnage patient » ainsi que du personnel soignant serait alors suspendu momentanément, dans un instant où tous se retrouvent avec le même rôle, celui de consommateur. Ainsi, l'un ne se définit plus uniquement dans son rapport à l'autre. Dans cette perspective, le psychiatre, l'infirmier, le patient, le fonctionnaire peuvent dès lors tous adopter leur rôle d'amis ou de collègues, en pause. Cette optique serait à rapprocher de ce que Goffman nomme les « coulisses » de la représentation :

« "La région postérieure" ou "coulisse" est un lieu en rapport avec la représentation, où l'on a toute latitude de contredire sciemment l'impression produite sur la représentation. Une des caractéristiques de cette région est le fait que c'est là que l'acteur peut se détendre, cesser de réciter un rôle et dépouiller son personnage » (Nahavandi, 1979 : 23)

Le personnel soignant n'a plus à se cibler exclusivement sur les patients et peut soutenir ouvertement des conversations non-médicales, des plaisanteries, etc. De leur côté, les patients ne sont plus tenus de respecter un programme, de « faire le fou » ; ce n'est pas un moment où ils feront appel aux psychiatres ou infirmiers pour leur donner de l'attention ou des soins. Chacun est libre de s'asseoir où il le veut et en la compagnie de celui qu'il désire. Cependant, considérons tout de même les choix de placement des individus comme dépendants d'une séparation communément admise. L'être en milieu psychiatrique, qu'il soit soignant ou soigné, n'est pas un individu éclaté. L'observation des mouvements dans l'espace a permis de confirmer une division attendue dans les emplacements aux tables entre des groupes présumés comme soignés, psychiatres et infirmiers (en fonction de la moyenne d'âge, l'attitude, le dynamisme, la rapidité du pas, etc.). Ainsi, malgré les rôles de patients ou soignants mis au vestiaire momentanément, une distinction persiste. Ne sur-interprétons pas ce fait et contentons nous de relever que c'est ici la conséquence normale d'une distinction de services présente pendant le travail, soumise à une dépendance hiérarchique et impliquant une fréquentation plus régulière des personnes faisant partie du même service, donc à des relations plus proches et amicales qui poussent dès lors les individus à vouloir passer leur temps libre ensemble, entre amis.

Nous avons vu de nombreux auteurs se pencher sur ces institutions et constater une tendance à concevoir que tout comportement sera interprété au travers de l'institution psychiatrique : le "fou" est perçu comme paquet de symptômes et se réduisant à cela ou encore l'individu subirait la réduction de la multiplicité des rôles à une unicité, n'étant plus que « "fou" » (Goffman, 1968). Ces idées négligent toutefois ces moments de pause, de modes mineurs où le patient n'est pas forcément cantonné à rester patient et à s'identifier

dans son rapport au médecin. Il peut dès lors simplement être Marc, Evelyne, Melissa et adopter le rôle qu'il veut.

Le dispositif comme créateur d'identité ? Illustration

Nous allons nous poser ici la question de savoir si le dispositif crée l'identité ou le processus de catégorisation. Autrement dit, perçoit-on un patient ou un « "fou" » comme tel qu'à partir du moment où le contexte s'y prête, donc à côté d'un médecin, psychiatre ou dans un hôpital ? Nous l'avons vu, l'identité du « "fou" » dans le cadre de l'institution psychiatrique n'implique pas ici un dépôt de catégories inéluctable et valable dans tout contexte. Cette identification se fait à partir du système catégoriel que le tiers-observateur instancie : l'autre fait-il partie de mon groupe ? Où se situe-t-il ? A quel système catégoriel pertinent puis-je faire appel afin de le situer ? Il conviendrait dans une observation plus poussée, d'interroger la position du patient et dans quel mode il agit. Autrement dit, dans un cadre comme la cafétéria, agit-il en mode mineure, distancié dans son rapport au soignant, ou continue-t-il à performer son rôle de patient ? Posons donc le cadre comme critère du système normatif auquel tout un chacun aura recours et analysons un instant les cinq dernières minutes de mon observation, lors desquelles un homme est venu me parler.

J'étais à l'extérieur, sur la terrasse, à une table, seule, face à un tas de feuilles entrain de mettre de l'ordre dans mes notes de terrain. La discrétion à laquelle je m'efforçais durant mon observation avec mon téléphone portable a donc été quelque peu perturbée à ce moment-là. Lors de l'approche de cette personne, le processus de catégorisation fut activé. Différents critères m'apparurent dès lors pertinents ici : nous sommes dans un hôpital psychiatrique ce qui indique la forte probabilité de rencontrer des individus internés. Celui-ci avait une démarche lente (la catégorie du personnel soignant observé comme dynamique et actif d'une manière générale était dès lors à exclure), cheveux ébouriffés (l'aspect négligé me poussé à m'éloigner des catégories de personnel venant au travail où un minimum d'aspect correct est probablement exigé), une veste sombre. Ma conclusion fut donc faite : il s'agissait sans doute là d'un patient. Voici le contenu de notre conversation :

(L'homme) : - *Bonjour madame, vous travaillez ici ?*

(Moi) : - *Non, je suis étudiante...*

Il dit quelque chose que je ne comprends pas puis répète (probablement en raison de mon regard d'incompréhension) en terminant sa phrase par :

- *...pas de l'argent pour un paquet de cigarettes ?*

(M) : - *Heu, je crois que j'ai pas grand-chose...mais vous avez besoin de combien ?*

(H) : - *C'est 7.- un paquet.*

(M) : - *J'ai pas 7.-...*

Il reste là devant moi à me regarder, sans bouger ni dire un mot.

(M) : - *...Mais je peux vous donner une cigarette si vous voulez.*

(H) : - *Non, j'aimerais m'acheter mon paquet. 5.- ça va aussi.*

Un nouveau silence s'installe. Il continue à me fixer sans parler. Je commence alors à ressentir un sentiment de malaise devant cette persistance et le rejet de mes propositions.

(M) : - *Je dois avoir 2.-...*

Je les lui donne.

(H) : - *Vous avez pas 4.- ?*

(M) : - *Oui, mais c'est tout ce que j'ai.*

Je les lui donne puis referme et range mon portefeuille.

(H) : - *Merci madame, au revoir.*

Le sentiment de malaise m'a envahi dès lors que j'ai constaté que je pouvais oublier le système d'attentes partagées et de scénario auquel tout un chacun a usuellement recours lors d'interactions. Autrement dit, les règles normatives d'interactions comme les tours de paroles, la pertinence des propos, la préservation de la face et bien d'autres lois implicites ne constituaient plus les bases d'un monde partagé sur lequel je pouvais compter entre mon interlocuteur et moi-même. Nous pouvons constater dans ses premiers mots que je n'étais pas la seule à chercher à situer l'autre dans une catégorie. Sa première demande visait en effet à savoir si je faisais partie intégrante de l'institution et par association, si je connaissais son fonctionnement et les habitudes des individus qui y résident, en l'occurrence relativement à la cigarette. Mes premières paroles ouvrent déjà les portes d'accès à mon

portefeuille et donc à ses cigarettes. Je suis l'intruse sur son terrain. Je ne connais pas les règles ou les habitudes. D'autre part, le fait de me demander l'entier du prix du paquet, de refuser ma cigarette et enfin d'attendre plus que ce que je lui offrais a violé les principes de préservation de la face et de scénario attendus de ma part. La perte de repères normatifs à laquelle j'ai été confrontée et la présomption probablement erronée de vulnérabilité chez mon interlocuteur ainsi que la mienne plutôt saillante sont tous autant de critères qui ont dû participer à ce que cette interaction se déroule comme tel.

Cependant, dans ce contexte, qu'en est-il de l'idée de désinhibition sociale chez le patient en milieu hospitalier ? Nombreuses ont été les études abordant le sujet. Foucault (1997) soulève la question de l'hôpital comme révélateur ou provocateur de maladie et les aliénistes soutiennent que l'institution constitue un contexte ou « le fou peut faire le fou ». Goffman, quant à lui, suggère que l'internement en institution va de pair avec une « dénaturation » de tout ce qui permet à l'individu de s'affirmer en tant qu'être, pour le conduire à n'être finalement que passif :

« [...] les institutions totalitaires suspendent ou dénaturent ces actes mêmes dont la fonction dans la vie normale est de permettre à l'agent d'affirmer, à ses propres yeux et à la face des autres, qu'il détient une certaine maîtrise sur son milieu, qu'il est une personne adulte douée d'indépendance, d'autonomie et de liberté d'action » (Goffman, 1968 : 87).

C'est ici un point sur lequel nous ne nous accorderons que très modérément avec Goffman. A nouveau, il convient de considérer la différence des époques lors desquelles Goffman a fait son terrain, qui présente l'institution psychiatrique comme internant visiblement de force les individus et celui dont il est question dans ce travail. Nous pouvons notamment constater dans l'extrait de ma conversation avec ce patient que, au contraire des propos de Goffman et loin d'avoir une perte de maîtrise de son environnement, le patient apprend à maîtriser son cadre, ses règles, ses normes et à les exploiter.

Je poserai donc ici plutôt la question de savoir si le patient exploite consciemment ou non son statut de patient. Est-ce que l'inhibition sociale est abandonnée, non pas parce qu'elle ne peut être envisagée ou comprise par le malade, mais volontairement parce qu'elle n'est finalement pas nécessaire en cet endroit ? Il se révèle dès lors bien plus perturbateur de n'être qu'un seul interlocuteur à suivre les règles du jeu de la conversation.

Petite introspection...

Lorsque j'ai entamé mon ethnographie et commencé à noter les observations sur mon téléphone portable, je suis partie avec l'idée de décrire et analyser les mouvements,

déplacements et placements dans l'espace des individus qui entreraient et sortiraient. La dénomination des personnes bougeant dans cet espace a vite nécessité des caractéristiques plus détaillées que « cet homme » ou « la femme au chapeau ». Une division s'est alors produite spontanément entre soignants et soignés pour s'affiner par la suite et résulter aux catégories de patient, psychiatre, infirmier, personnel de l'administration, personnel de la cafétéria et visiteurs. Ces différentes étapes m'ont conduite à me pencher sur la manière dont j'ai pu catégoriser les individus observés. Mes notes ont rapidement été composées de critères difficiles à définir tels qu'associer à un soigné une démarche errante, des cheveux ébouriffés, un regard vague, ou encore un simple pull en laine ; autant de critères donnant à l'individu une allure, une image « anormale » ne collant pas dans un paysage soumis aux habitudes sociales du « dehors » et dès lors spontanément associée à l'identification de l'individu comme patient. De même, par contraste, une attitude sûr de soi, une démarche dynamique, des vêtements ou accessoires « tendances » qualifieraient « les autres », ceux qui continuent à avoir une vie sociale hors de l'institution et qui sont donc soumis aux mêmes normes d'attitudes, d'artifices et de coquetterie que tout un chacun dans une population normée. Après considération de ces notes, j'ai rapidement été confrontée à un sentiment de honte : le style vestimentaire et la démarche suffiraient-ils à stigmatiser un individu comme patient psychiatrique ? De tels préjugés se font-ils si facilement et sans réel fondement ? Lors de la considération de cette question, le lien s'est fait avec un épisode que j'ai vécu dernièrement en plein centre-ville de Lausanne et qui s'est révélé relativement similaire à celui que j'ai rencontré à la fondation de Nant avec cet homme qui m'a demandé de l'argent pour des cigarettes. En ville, une femme, visiblement sous influence de stupéfiants compte tenu de sa démarche approximative et de ses propos décousus, m'arrête pour me demander de l'argent. Ce jour-là, je décide de lui donner une pièce de deux francs suite à quoi je m'attends, selon le scénario commun, soit à ce qu'elle me quitte, soit à un « merci ». Au lieu de cela, j'obtiens une remarque en disant que j'ai un billet de dix dans mon porte-monnaie. Au contraire de Nant où je me suis sentie empruntée, mal à l'aise et essayant de trouver la manière la plus polie de refuser ou tempérer sa demande, je me suis énervée et lui ai fait comprendre mon désappointement. Ainsi, quel est le facteur qui a déterminé une réaction différente ? Le contexte. Celui-ci détermine en effet le système normatif auquel nous aurons recours lors d'une interaction, ce qui inclut les catégorisations auxquelles nous ferons appel. Nous aurons logiquement plus tendance à qualifier une personne d'une vingtaine d'années dans une cafétéria universitaire comme étudiante. Cependant, il n'en sera pas de même dans la rue ou dans un café. Ainsi, comme nous l'avons abordé plus haut, le contexte

déterminera le système normatif, les règles d'interactions ainsi que la création d'identité des individus.

Les attitudes et les artifices offrent en effet des indices à l'observateur quant au statut ou rôle du sujet, que ce soit dans une institution ou dans un système social :

« La tenue est cet élément du comportement cérémonial qui se révèle typiquement à travers le maintien, le vêtement et l'allure, et qui sert à montrer à l'entourage que l'on est une personne douée de certaines qualités favorables ou défavorables. La tenue implique des attributs dont l'origine est dans l'interprétation que font les autres d'une conduite lors d'un rapport social » (Goffman cité par Nahavandi, 1979 : 30).

De plus, peut-on réellement envisager de supprimer ce biais chez l'observateur ? La catégorisation spontanée qu'il effectuera ne déterminera-t-elle pas l'angle d'observation, et ce même si cet objet est conscient ? « *The fact that categorization relevances may often be set at zero for methodological purposes does not mean they cease to operate in our lay reading* » (Watson 1997). Je me positionnerais ici plutôt du côté des méthodes interprétatives que des positivistes, visant non pas à supprimer le biais mais à le problématiser. A mon sens, le scanner, ou « règles d'économie et de congruence » pour reprendre les termes de Sacks, avec lequel l'observateur relève une série d'innombrables critères afin de permettre une catégorisation, n'est pas négligeable. Ainsi, le moindre objet ou la moindre attitude est alors associée à un statut. Signalons enfin la présence éventuelle de catégorisations plus « privées », relatives à la personne émettrice de jugement. Il y aurait donc des marques de catégories reconnues publiquement et partageables facilement, et d'autres plus dures à reconnaître et plus personnelles. Ainsi, certains peuvent même envisager que l'absence d'une Rolex au poignet est le signe « qu'on a quand même raté sa vie ! »², *dixit* Jacques Seguela.

Conclusion

Nous avons pu constater que le contexte actualise le système normatif pertinent dans lequel vont se mouvoir les individus. Nous avons donc envisagé ici la cafétéria comme un lieu de pause certes dans le travail du personnel mais également comme la suspension des rôles que chacun est sensé adopter dans un hôpital psychiatrique. Nous avons perçu la construction identitaire des individus comme ne se définissant plus uniquement dans son

² Référence à la citation sujette à polémique de Jacques Seguela lors de l'émission « Les quatre vérités » diffusée sur France 2 le 13 février 2009 : « Tout le monde à une Rolex. Si à cinquante ans on n'a pas une Rolex, on a quand même raté sa vie ! ».

rapport à l'autre. Il n'y a plus de barrière physique comme dans les unités où se situe ce qui est appelé un « aquarium » dans lequel se trouve le bureau des infirmiers et qui leur permet d'avoir une vue d'ensemble sur les chambres. Mon hypothèse suite à cette observation est donc qu'il n'y aurait plus d'obligations directes de ce qu'on pourrait qualifier de « considération de " l'autre-institutionnel " ». Le contact serait limité et chacun interagirait en fonction des affinités et non plus selon le programme de la journée ou à cause d'une demande de médicament. Cette idée serait à vérifier lors d'une étude ultérieure portant sur une observation plus détaillée des attitudes, regards, attention de chacun afin de déterminer s'il s'agit là en effet d'un mode mineure ou s'il persiste un contrôle ou une surveillance de l'exogroupe de la part des individus.

Mon travail rencontre certaines limites dont la principale est probablement le peu de temps que j'ai passé à observer cet endroit. De plus, il n'aurait pas été inutile d'effectuer une observation du fonctionnement des unités mêmes afin de permettre une comparaison avec la cafétéria. Enfin, comme je l'ai abordé dans la partie introspective, mes observations et mon objectivité ont été limitées et perturbées par la difficulté que j'ai eue à expliquer les critères jugés *a priori* grossiers qui m'ont conduit aux différentes catégorisations. Ainsi, ce travail m'a finalement plus poussée vers une considération de la manière dont l'individu repérerait une multitude de critères, de signes et de détails qui lui permettrait d'identifier les individus qu'il rencontre et de les situer dans son monde plutôt qu'une étude sur la socialisation et les mouvements dans une cafétéria d'institut psychiatrique.

Nous pourrions aboutir ici à une explication finalement rationnelle de ces catégorisations. Ne serions-nous pas ici face à une sorte d'économie cognitive ? Ce que nous appellerions communément « intuition » ou « déduction » ne pourraient-ils pas être le nom pour une observation extrêmement détaillée mais comportant trop de critères pour que l'esprit humain ne les considère tous ? La démarche lente n'est spontanément pas associée à une personne en train de travailler. De même, la coupe de cheveux négligée ne sera pas signe d'un travailleur dont l'employeur exigera un minimum de tenue correcte. Des accessoires coûteux dirigeront plutôt vers une idée d'un salaire suffisamment conséquent pour les obtenir. L'allure vaut donc comme indice d'appartenance à un groupe.

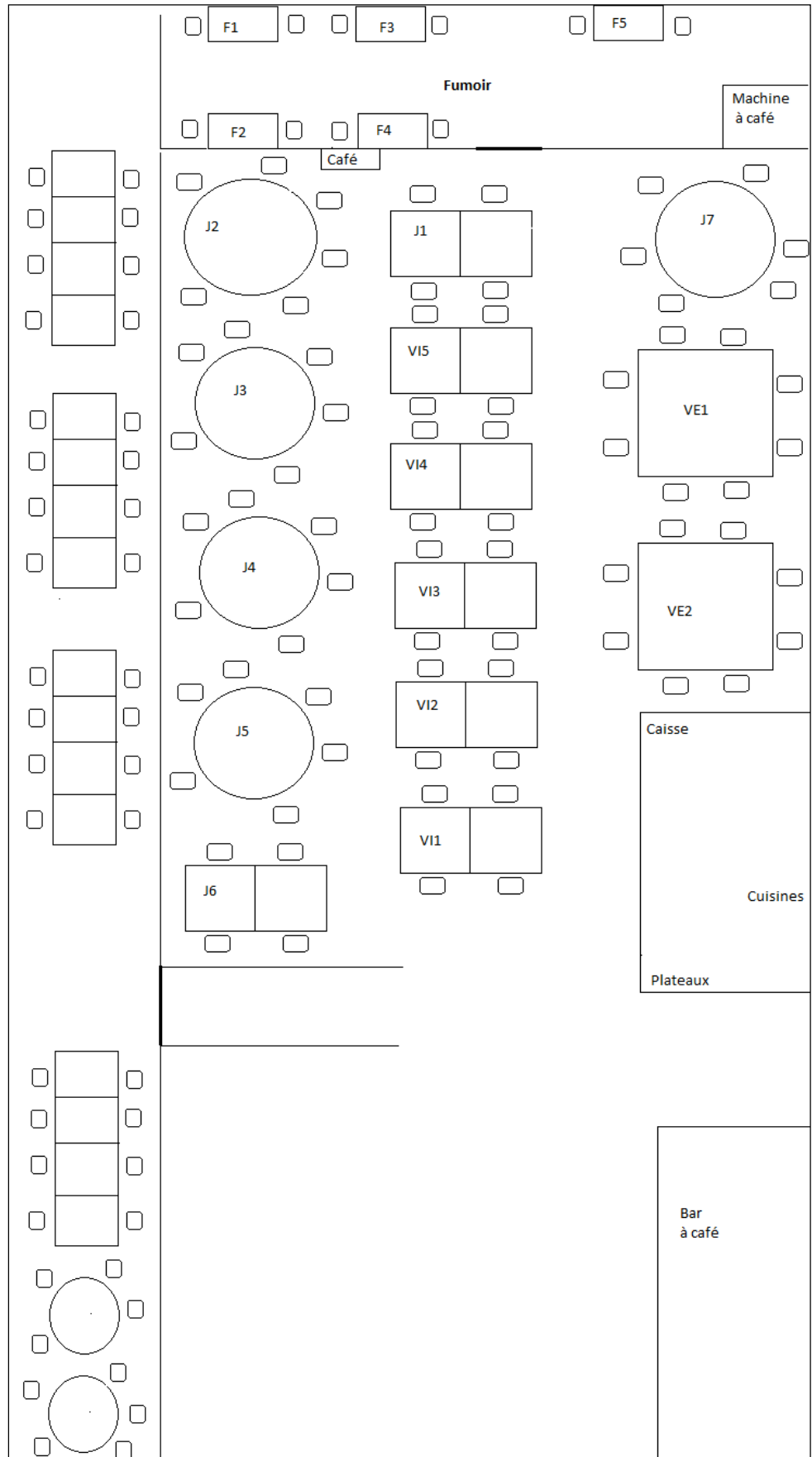
Bien que ce travail n'ait pas eu la tournure prévue initialement, il a toutefois soulevé la question de l'organisation de son monde et de la catégorisation comme processus normé. Nous sommes ici au centre d'un sujet qui relève à mon sens de l'interdisciplinarité. En effet, l'appel par exemple aux neurosciences ne serait certainement pas inutile. Les études déjà effectuées sur la reconnaissance des émotions et des visages dirigeront ce travail non pas

vers une sélection de critères visibles servant à la catégorisation mais bel et bien à une récolte et analyse de données implicites et donc indéfinissables au niveau conscient.

Annexe : plan de la cafétéria

Légendes :

- J: Jaune
- VI: Violet
- VE: Vert
- F: Tables du Fumoir



Une ethnographie en milieu psychiatrique

Mathieu Roduit

Les institutions psychiatriques ont été l'objet de nombreux travaux en sociologie dite « classique ». De grands sociologues du XX^e siècle, tels que Castel (1978) Foucault (1997) ou encore Goffman (1968) ont marqué l'analyse des milieux asilaires de leur époque en dénonçant dans leurs récits le caractère « *total* » de ces institutions (Goffman 1968). Leurs travaux insistent sur la réclusion et la disciplinarisation des patients dans les asiles psychiatriques. Ces institutions prennent en charge les « fous » en exerçant à leur encontre un contrôle permanent et absolu sur tous les aspects de leur vie de « *reclus* » (Goffman 1968).

Dans le contexte thérapeutique actuel, la perspective des chercheurs issus de l'ère des asiles peut sembler en décalage avec l'évolution du mode de prise en charge de la maladie mentale qui se reflète dans les hôpitaux psychiatriques contemporains. Il ne s'agit plus d'enfermer le patient mais de le réinsérer dans son milieu social habituel et de favoriser son insertion sociale.

Malgré ces changements dans les modalités des soins mentaux, les sociologues paraissent se désintéresser des institutions psychiatriques comme objet d'étude. Les travaux des années 1960 en sociologie de la santé mentale méritent bien une mise à jour et une confrontation avec la nouvelle réalité des hôpitaux psychiatriques et de leurs activités.

Comme je n'ai ni les moyens techniques ni les ressources intellectuelles pour conceptualiser une nouvelle approche des institutions psychiatriques contemporaines dans leur ensemble, mon travail porte sur une analyse d'une journée d'observations auprès d'un service de l'hôpital psychiatrique de Nant (VD). Les conditions d'observations m'ont amené à considérer les relations internes aux membres du service ainsi que le personnel soignant entretient avec les patients.

Les relations entre le personnel soignant et les patients

Relations asymétriques de domination

Les modalités de la relation entre soignants et soignés résultent principalement du contexte de l'institution psychiatrique. Par exemple, une des nécessités que requière le contexte professionnel thérapeutique est la transmission d'informations sur les patients de la part de l'équipe soignante qui finit son service, à celle qui vient la remplacer à l'heure du changement d'équipe :

« Pour la remise de service, une personne est en possession de la liste des patients et les passe en revue un par un et parle de sa situation médicale et de ses prochaines activités. Les membres du personnel prennent des notes sur l'état du patient qu'ils suivent en particulier et interviennent aussi pour préciser ou ajouter un commentaire sur ce qui est dit par l'intervenant principal. En plus d'avoir un suivi du patient, cela permet au staff médical de constituer un programme de la journée et des jours à venir en fonction des rendez-vous et des activités des patients dont ils sont en charge ».

Lors de la remise de service, le personnel soignant établit un bilan provisoire de chaque patient en interprétant leurs comportements ou leurs actions récentes. À la suite de ce diagnostic, leur traitement est modifié, reconduit ou interrompu et les comportements du personnel médical à leur égard sont susceptibles de changer. Cette capacité à catégoriser et à performer à travers le discours semble valoir uniquement pour les énoncés du personnel médical. Dans la relation thérapeutique, le pouvoir des mots n'appartient pas au malade mental. La performativité d'un énoncé, d'après Bourdieu (2001), dépend principalement du statut de l'énonciateur. Ainsi l'ordre *« va me chercher de l'eau au puit »* n'a pas le même impact s'il est prononcé par le maître à son esclave ou par l'esclave à son maître.

Lors la remise de service, la clôture du bilan de santé se fait entre personnel soignant, le patient n'est pas consulté, il n'a pas son mot à dire. Tous les discours des patients sont réinterprétés à travers la grille d'analyse médicale et le patient, bien souvent, est conçu comme un paquet de symptômes : *« Cette identification automatique du reclus n'est pas seulement un moyen pratique de lui donner un nom, elle constitue l'un des facteurs essentiels de contrôle social. Cela se manifeste particulièrement dans l'attention que l'on porte à leurs requêtes ou à leurs désirs : tout ce qu'ils expriment est retenu comme preuve de leur désordre mental »* (Goffman 1968).

Langton (1993) relève trois façons de passer sous silence un discours : par l'ordre et la menace, par la frustration, en privant quelqu'un de ce qu'il attendait, et enfin, par l'invalidité ou la non-reconnaissance du discours. Alors, il est possible d'imbriquer les éléments de la réflexion de Langton. En rendant le discours des patients hors d'action, le discours médical hégémonique du personnel soignant les prive d'un instrument de pouvoir important – le discours – et participe la relation asymétrique que l'on observe à travers leurs relations.

Relations professionnelles thérapeutiques

À mon arrivée à Nant, j'ai eu l'occasion d'effectuer une visite de deux services de l'hôpital psychiatrique. Mon guide sur le site est un sociologue de la communication et des médias

qui effectue une recherche à l'hôpital de Nant et pour laquelle il utilise les méthodes ethnographiques de l'observation participante. Ses connaissances du terrain et les pratiques normatives du personnel soignant qu'il a acquises et qu'il pratique m'ont été très utiles autant pour orienter mon regard qu'en tant qu'objet d'observation pertinent. Par exemple, lorsque l'on fait le tour de l'établissement et que l'on revient au service de *Sirocco* auquel je suis affilié durant la journée :

« On repasse par les couloirs pour retourner à Sirocco, il ne dit pas bonjour à chaque personne qu'il rencontre. En plus, selon sa façon de saluer il est facile de savoir s'il s'agit d'un patient ou d'un membre du personnel de l'hôpital. Salutations joviales et ostensibles au personnel, timides et facultatives aux patients. J'observe les regards qui sont échangés lorsqu'il croise quelqu'un dans les couloirs. Il ne regarde pas toujours les patients dans les yeux lorsqu'il se trouve à leur hauteur, cependant, il lui arrive de retourner légèrement la tête pour les observer alors qu'ils lui tournent le dos ».

Ces jeux de regards lors des croisements dans les couloirs, je les ai observés à nouveau et notamment plusieurs fois chez le personnel soignant. Ce que Goffman (1984) appelle « *l'inattention civile* » semble être un concept théorique intéressant pour comprendre ce type de comportement. L'inattention civile, ou polie, permet aux individualités dans un même périmètre physique d'interaction de démontrer aux autres leur conscience de leur commune existence sans apparaître menaçants ou exagérément amicaux envers ces inconnus qui les entourent. Cette manifestation se traduit par deux comportements ambivalents à adopter : observer les autres et faire semblant que l'on ne s'est pas vu. Dans ce cas, il s'agit aussi bien d'observer les personnes alentour pour des raisons pratiques de régulation des corps dans l'espace que de se prévenir du contact visuel avec ces mêmes personnes pour éviter ce qui pourrait être interprété, de manière culturelle, comme une invitation à ouvrir une conversation.

Le concept de Goffman est pertinent dans le contexte urbain où l'anonymat peut signifier la possibilité d'émancipation ainsi qu'une sorte d'invisibilité accordant aux individus une marge de liberté. Le prix à payer pour cette autonomie est le sentiment de solitude qui en découle inévitablement. Par exemple, dans les villes, l'inattention civile permet ainsi aux nouveaux arrivants ou aux étrangers de passer inaperçu, de ne pas être traités en tant qu'ennemis et d'échapper à un certain sentiment d'hostilité et d'agressivité

Éviter le sentiment d'agression chez les patients semble faire partie du comportement normatif thérapeutique de professionnel acquis par le personnel soignant à travers l'expérience du terrain. Par exemple, un soignant averti ne pose pas son regard de manière

insistante sur un patient schizophrène. Cependant dans le cadre d'un hôpital psychiatrique, éviter le regard des patients peut également être un moyen de protection pour le personnel médical. En détournant le regard des patients, il pourrait ainsi éviter de s'engager dans une relation qu'il n'arriverait pas à soutenir moralement ou se dégager d'une situation compromettant le cours de ses activités. Voici une autre situation que j'ai pu observer alors que je me trouvais dans le couloir à proximité de l'« aquarium » de *Ghibli* :

« Un jeune en polo Lacoste, peut-être un stagiaire, sort de l'aquarium (il est interdit au patient d'y entrer). Il me passe devant sans me saluer et coupe la trajectoire d'un patient (je le reconnais comme tel car il porte le pyjama de l'établissement et marche à la manière d'un zombie). Cela me frappe, il a failli renverser le patient qui a dû brusquement s'arrêter. Quand le jeune revient, il marche toujours aussi vite, l'air pressé, il repasse devant le patient en pyjama, si près de lui qu'il a risqué de lui marcher sur les pieds. Il semble se réfugier dans l'aquarium. A aucun moment il n'a regardé le patient à qui il a forcé la route. Le patient en pyjama se rapproche de l'aquarium pour prendre contact avec le personnel médical. Comme j'ai pu le voir en quittant les lieux, personne ne s'est encore rendu hors de l'aquarium pour le rencontrer »

Il me semble que la question du regard traduit quelque chose de plus profond dans la relation entre soignant et soigné. Il pourrait être le reflet du degré d'engagement du personnel soignant dans leurs rapports avec les patients. Dans l'après-midi, j'accompagne une stagiaire dans la recherche d'un bac à glace qu'ils utilisent pour prodiguer des soins. Nous nous rendons à *Ghibli*, le service voisin :

« On prend les couloirs en direction de Ghibli. Arrivé à Ghibli, nous entrons dans une salle, la porte est ouverte, il y a deux lits, une personne est assise sur un des lits (celui qui semble le plus confortable). Il s'agit d'une patiente, elle interpelle Aude. Se plaint qu'elle était à l'hôpital de jour et que maintenant les médecins veulent la garder plus longtemps. Ils ne lui disent pas pourquoi, leur en veut, manque de communication et se sent trahie. Aude reste debout entre la porte et cette dame. Je suis appuyé contre le montant de la porte, sur le seuil. Il y a une chaise en face de la dame, si Aude s'assied dessus elle pourrait être à sa hauteur. Elle a un mari, des enfants, sa fille est psychologue, elle ne peut même plus rentrer chez elle chercher quelques affaires personnelles. Je me sentirais plus utile si je passais la journée à écouter cette dame plutôt qu'à observer. La patiente alterne entre crise de larmes et contrôle de soi elle se plaint de sa situation. Aude répond par : oui, c'est difficile, oui oui, courage. On y va. La dame nous remercie pour notre écoute (!!) Je demande à Aude pourquoi elle ne s'est pas assise sur la chaise et n'a pas passé un peu plus de temps avec cette dame qui, visiblement, avait besoin de s'exprimer. Elle me répond que, premièrement, ce n'est pas son service, et qu'ensuite elle n'a pas le temps, elle doit chercher le bac à glace et préparer le pack ».

Cette situation est intéressante car elle soulève le décalage entre ce que la fonction de la vie ordinaire et la fonction spécifique dans l'hôpital. Le malaise que j'ai ressenti provient autant de ma sensibilité au désarroi de cette patiente que du comportement de la stagiaire qui me

semblait inappropriée par rapport à l'idée « naïve » que je me faisais de l'intervention médicale en milieu psychiatrique. J'imagine deux raisons au comportement de la stagiaire. De manière pragmatique, la stagiaire a une mission à remplir, elle ne peut pas s'en écarter, le bon fonctionnement du service dépend de la réalisation de cette tâche. Ensuite, je pense qu'il s'agit d'un comportement qui sert à s'éloigner du patient : « *quelle que soit la distance que le personnel essaie de mettre entre lui et ces matériaux, ceux-ci peuvent faire naître des sentiments de camaraderie, voire d'amitié. Il existe un danger permanent que le reclus prenne une apparence humaine* » (Goffman 1968).

Une écoute trop longue d'un patient qui parle de son intimité peut engager le personnel médical trop profondément dans sa relation avec le patient. La relation thérapeutique avec des malades mentaux semble devoir nécessiter une pondération dans le lien entre le soignant et le soigné.

Relations menaçantes pour l'identité du personnel soignant

Quand le personnel se distancie de manière trop importante des patients, il lui est impossible de prendre conscience des privations massives et des perturbations dont les patients peuvent souffrir. Cependant, quand le personnel soignant tend à se rapprocher affectivement de certains d'entre eux, ce rapprochement devient dangereux et rend le personnel soignant vulnérable. Il est alors possible qu'il souffre de ce que font les patients, ou des peines qu'ils éprouvent. Dans ce cas, les patients en viennent à constituer une menace pour l'équilibre des rapports entre les soignants et les soignés fondé sur le maintien d'une certaine distance.

Dès lors, des relations trop intimes qui peuvent faire naître des sentiments d'empathie pour le patient entraînent par la même occasion un malaise chez les soignants. Ce type de relation qui rapproche les soignants des soignés n'est pas considéré comme un rapport thérapeutique et professionnel correspondant aux modalités de la situation thérapeutique psychiatrique :

« De retour dans l'« aquarium », nous continuons la discussion commencée avec Valentine sur le transfert émotionnel qu'elle a fait sur un patient qu'elle prenait pour son frère. Elle me raconte à quel point cela a été dur pour elle et comment, avec l'aide de ses collègues, elle a pu y remédier ».

La relation avec un malade mental comporte quelque chose de particulier qui touche directement à l'identité propre de celui qui est en contact avec lui. Au 18^e siècle, Tuke³ avait

³ En 1792, William Tuke fonde, à York un des premiers hôpitaux psychiatriques modernes. A la Retraite, les folie est considérée comme une maladie que l'on peut guérir et soulager. Tuke met en

déjà remarqué l'importance du regard des autres ou du « besoin d'estime » : « *ce principe de l'esprit humain influence sans aucun doute notre conduite générale, dans une proportion très inquiétante, bien que souvent d'une manière secrète, et il agit avec une force particulière lors que nous sommes introduits dans u nouveau cercle de relations* » (Foucault 1997). Le "fou", dans l'internement classique, est également offert au regard qui comporte une forme de réciprocité dans laquelle l'homme sain y lit, comme en miroir, le mouvement imminent de sa propre chute. La figure du "fou" renvoie à la partie irrationnelle qui se trouve chez chaque personne. Cette voix, il doit la faire taire ou la maîtriser au nom de la raison : « *le monde qui croit la [folie] mesurer, la justifier par la psychologie, c'est devant elle qu'il doit se justifier* » (Foucault 1997). Ainsi, le personnel soignant, dont les contacts avec les malades mentaux sont courants, semblent adopter certains comportements de protection face à ce dévoilement de certains aspects intolérables de la nature humaine. Dans ce cas, ils évitent l'« émigration » de la folie du côté du personnel soignant et ainsi se préviennent de comportements comme ceux des gardiens au temps de Bicêtre⁴ : « *la folie a émigré du côté des gardiens ; ceux qui enferment les fous comme des animaux, ceux-ci détiennent maintenant toute la brutalité animale de la folie.* » (Foucault 1997).

Relation par évocation du patient

Je remarque que le personnel soignant passe beaucoup de temps à effectuer du travail administratif, à remplir des dossiers sur les patients. Le contact direct avec la manifestation de la folie à travers le comportement des patients est ainsi, en partie, évité. Les patients semblent devenir des figures ou des personnages que le personnel médical construit à travers le discours du personnel et non plus à travers une relation directe et sensible avec le patient.

« Aude me dit que le rôle des stagiaires est de passer du temps avec les patients (promenades, ping-pong). Par exemple, elle me dit qu'elle passe environ 80% du temps avec les patients ».

Pourtant, le jour de mon observation, je ne l'ai pas vue souvent en compagnie de patients. Elle s'est plutôt affairée à des tâches de préparation et d'organisation (médicaments, instruments pour les soins). Ce rapport à distance avec les patients, comme on l'a vu précédemment, provient bien des modalités thérapeutiques sur lesquelles se basent l'institution psychiatrique :

place de nouvelles méthodes pour traiter les malades mentaux dans une perspective humaniste et non plus de réclusion.

⁴ Établissement affilié à un hôpital général où sont affectés à l'enfermement, entre 1600 et 1700, tous les « indésirables » : mendiants, fous, homosexuels, indigents et criminels.

« Aude, qui semble n'avoir rien à faire, propose au responsable du service d'emmener un patient en balade. Après consultation de la fiche du patient, la réponse sera négative comme ce patient a déjà effectué ses 15 minutes de promenade quotidienne ».

Quand je lui demande si elle ne peut pas en faire plus, elle me dit qu'ils ne peuvent pas, sinon ils n'ont pas le temps de voir tout le monde. Application des consignes à la lettre. Mais je ne l'ai pas vue mettre à profit son temps libre pour le passer avec un autre patient. Le dispositif bureaucratique, la routine et la rationalisation des activités thérapeutiques dans la conception de l'institution psychiatrique contemporaine semblent créer une certaine distance entre le personnel soignant et les patients et freiner les tentatives de contact de la part de certains membres du personnel soignant : *« Le fossé qui existe entre le personnel et les reclus est l'une des conséquences majeures du maniement bureaucratique d'importantes masse de gens. »* (Goffman 1968).

Malgré tout, cette distanciation provoquée par l'institution semble avoir une fonction pour le personnel soignant en lui permettant de rendre la figure du patient moins menaçante. Comme le dit Goffman (1968) *« L'individu suspecté de compassion peut se réfugier dans un travail de bureau, un travail d'administration ou toute autre tâche de routine, limité au champ d'activité quotidien du personnel. »*

Les modalités de l'institut psychiatrique donnent la possibilité d'échapper à la relation directe avec le patient tout en *« faisant son travail »* en s'occupant de manière indirecte du patient comme un *« dossier »* médical. Cette dimension de médiation de la relation entre le personnel médical et les patients par la bureaucratie sécurise les soignants et leur permet de se retirer de la présence physique des patients. De plus, la figure bien spécifique du patient malade mental favorise également certains processus de protection et de distanciation de leur part. D'après mes observations, j'ai remarqué plusieurs comportements de la part du personnel soignant qu'il est possible d'interpréter comme étant des mécanismes de préservation de son identité face à la figure de la « folie ».

La mise en place de mécanismes de protection de la part du personnel soignant

L'établissement d'une frontière entre le personnel soignant et les patients

Le personnel soignant semble effectuer des comportements spécifiques en rapport à la figure du malade mental qu'il rencontre dans ses activités. J'interprète ces comportements comme des mécanismes de protection face à la figure dérangeante, car insensée, du "fou". Cependant, ces écarts sont nécessaires pour ménager le sentiment de vulnérabilité des

soignants. Je me rends compte que le personnel soignant, une fois dans les couloirs où déambulent également les patients, ont tendance à marcher de manière rapide. Dans l'hôpital psychiatrique, le personnel soignant ne porte pas d'uniforme et la plupart des patients sont habillés en civil. Les situations dans les couloirs, où patients et soignants se croisent, offrent peu de possibilité de différenciation entre les patients et les soignants. Cependant, à y regarder de plus près, il y en a plusieurs qui se manifestent. Que ça soit dans la façon de saluer les gens ou dans l'attitude déterminée du personnel soignant qui donne l'impression de savoir où il va et pourquoi en opposition à la démarche hésitante des patients. Dans les couloirs, le personnel médical se distingue des patients par une démarche beaucoup plus rapide par rapport à la sorte d'errance qui transparaît de la démarche des patients.

La frontière entre patients et soignants reste indissociable de la conception même de l'institution psychiatrique. La façon de constituer et ensuite d'habiter les différents espaces selon son statut n'est pas la même. L'exemple de l'« aquarium », comme lieu de ségrégation spatiale est frappant :

« L'aquarium est le bureau du personnel soignant qui se trouve en général à proximité d'un lieu de passage, proche du coin télé et de l'espace commun. Il y a de grandes vitres qui permettent au staff médical d'avoir un œil sur les patients et vice-versa. Depuis chaque position, il est possible d'observer l'extérieur de la pièce. Cet endroit est réservé au personnel, mais les patients peuvent frapper aux portes en verre et un membre du personnel soignant s'occupe de lui. En général, la porte est refermée derrière le soignant qui se trouve alors à l'extérieur, et cela pour éviter que les patients entrent et entendent ce qu'il se dit dans ce bureau. »

La pièce de l'« aquarium » reflète la tension et l'équilibre que nécessite l'établissement d'une frontière entre le personnel médical et les malades mentaux. Le rôle du personnel dans une relation thérapeutique est le traitement de la maladie, cependant, il doit constamment rechercher le niveau d'engagement adéquat pour le soin du patient et pour la préservation de son état mental également.

Malgré tout, il me semble que le personnel médical passe beaucoup de temps à l'intérieur de l'« aquarium », coupé des patients. Cette séparation en deux groupes des acteurs de l'institution psychiatrique amène probablement à distordre la réalité de l'état de chacun des protagonistes. *« Toutes ces limitations de contacts entretiennent l'image stéréotypée et antagoniste que chaque groupe se forme de l'autre. Le personnel se représentant le plus souvent les reclus comme des êtres repliés sur eux-mêmes, revendicatifs et déloyaux, tandis que le personnel paraît aux reclus, condescendant, tyrannique et mesquin. »* (Goffman ;

1968). Si la ségrégation entre le personnel soignant et les patients est trop forte, cela devient négatif pour le processus thérapeutique quand bien même la ségrégation est confortable pour le personnel médical car elle lui permet de préserver son identité de non-fou.

Le Touch And Go

En 1989, Donati mène une série d'observations sur le fonctionnement d'un service psychiatrique. Sa méthode consiste à s'asseoir avec les patients et à découvrir ce qu'il se passe. Premièrement, elle se rend compte qu'elle a été reçue par les patients sans aucune réaction et sans interrogations sur ce qu'elle faisait là avec eux. Après l'étonnement de l'accueil qui lui a été accordé, elle porte son attention de manière particulière, dans ses observations, sur le degré de contact personnel au sein du service. Finalement, elle remarque que le personnel soignant la traite presque de la même manière qu'ils traitent les patients. Elle remarque alors à quel point les relations entre elle et le personnel soignant, mais surtout entre le personnel soignant et les patients se basent sur une relation dépersonnalisée et stéréotypée. Donati (1989) rejoint en ce sens Goffman quand elle analyse que les contacts en « touch and go » entre le personnel médical et les patients donnaient lieu à un maintien des stéréotypes entre les deux groupes. Dans ce cas de figure, la tentative de créer des contacts de la part des patients ainsi que l'établissement de relations profondes sont rendus compliqués par les réactions du personnel soignant aux invocations des malades mentaux. Donati interprète ce phénomène comme une manœuvre de défense inappropriée de la part des soignants contre leur anxiété. Dans ce cas : « *Deux univers sociaux et culturels se constituent côte à côte, avec quelques points de contact officiels, mais sans interpénétration.* » (Goffman 1968).

Le renforcement de l'identité du groupe d'appartenance

En même temps que des comportements de différenciation, j'ai pu observer des attitudes participant au maintien de l'identité du groupe médical. Ils entretiennent entre eux des relations de proximité, notamment dans l'« aquarium » qui est la pièce qu'ils investissent le plus. Ils sont souvent groupés pendant la journée dans cet espace qui semble être l'interface entre le personnel soignant et les patients. La taille de la pièce et son agencement ajoute à cette impression de « faire corps » comme ils se tiennent tous au plus près les uns des autres. L'utilisation d'un vocabulaire qu'ils partagent, spécifique à leur profession, participe à la construction d'une culture commune. L'humour participe et reflète le niveau de connivence du groupe et provoque alors d'autant plus l'exclusion des non-membres qui ne partagent pas les référents communs ou la même sensibilité qui leur permettrait de rigoler et de

comprendre leurs blagues. Le personnel soignant du service de *Sirocco* a développé ce que l'on peut appeler « l'humour psychanalyste », réservé aux initiés.

Je remarque également beaucoup de communication au sein de l'équipe. Chacun s'exprime à propos des contacts qu'il a eus avec les patients. Comme s'ils cherchaient à valider la justesse de leurs comportements ou de leur diagnostic auprès de leurs collègues et non pas d'après la réaction des patients. J'ai pu également observer un mécanisme d'auto-confirmation lors de la remise de service de 15h :

« Un patient a été transféré dans un autre hôpital, il semble y avoir des divergences dans le diagnostic du patient entre le service de Sirocco et le nouveau auquel est affilié ce patient. Bella remet en cause les capacités du personnel de l'autre hôpital psychiatrique. Le groupe soutient l'avis de Bella. »

La clôture de l'enquête de la part des membres du service de *Sirocco* a été très courte. La cheffe du service soulève l'incompétence des membres de l'hôpital concerné. La dynamique du groupe vient reconforter sa position quand les autres membres du service approuvent ce qu'elle dit. Il n'y a aucune remise en question et possibilité de changement de la justesse des actions du service. Dans ce cas, les membres ne pensant pas comme les membres du personnel soignant s'expose à l'éviction du groupe. Ces comportements sont utiles pour permettre de renforcer le sentiment d'appartenance au groupe.

Conclusion : « Une relation thérapeutique personnalisée » ?

Dans la démarche thérapeutique, l'hôpital de Nant accorde une importance particulière au soin à travers les relations. On retrouve cette valeur dans la charte de l'hôpital : « *Son [la fondation de Nant] action de base consiste à soigner par une relation thérapeutique personnalisée, les patients confrontés aux problèmes psychiques qui bouleversent leur existence.* »⁵

La relation thérapeutique telle que j'ai pu l'observer en situation se base sur cadre même du fonctionnement de l'institution hospitalière qui construit les contours où la relation va se former. L'institution, comme on l'a vu, oriente les relations à travers le rapport asymétrique entre soignant et soigné, en demandant un vaste travail de bureaucratie et en séparant et distribuant l'espace de manière à séparer les experts et les "fous".

De plus, l'hôpital psychiatrique est un lieu de soins où la maladie prise en charge est particulière par son caractère mentale. La « folie » rend les relations spécifiques et la

⁵ <http://www.nant.ch/index/charte.htm>

communication bancale entre ceux qui la contractent et le personnel médical. On remarque alors une contradiction à laquelle le personnel est confronté : un rapprochement avec le malade va être nécessaire pour la thérapie alors que la « folie » semble demander et provoquer et provoquer une distance entre le patient et le personnel soignant.

Outre la nature particulière de la « folie » et le cadre donné par l'institution pour la traiter, il qu'il y ait de la place pour la formation d'une expérience de professionnel thérapeutique psychiatrique. Cette expérience acquise sur le terrain forme et module les relations avec les patients dans la vie de tous les jours et se manifeste pas des comportements d'initiés, formés par l'expérience en contexte dans l'établissement de son rôle de médecin, tels que la maîtrise du regard, par exemple, ou le fonctionnement de bureaucrate.

Concernant la dynamique de groupe du personnel soignant, elle est inévitable à tout travail en équipe cependant dans le cadre d'un hôpital psychiatrique, elle n'est pas sans lien avec la relation aux patients que les membres de l'équipe médical entretient avec eux. Dans le cas de *Sirocco*, j'ai aperçu pendant ma journée d'observation, une tendance de l'équipe médicale à chercher plutôt la compagnie du groupe d'appartenance ainsi que son soutien.

Les comportements et les situations, que j'ai pu observer ce jour-là, reflètent plutôt une relation thérapeutique distante et indirecte du personnel médical avec les patients. De manière personnalisée, le personnel traite les différents cas des patients, mais les patients sont présents dans les discours de manière évoquée. L'appel à la coopération du patient qui se trouve la brochure d'accueil n'est donc pas une invitation à une co-construction du traitement à travers un partenariat entre les patients et le personnel soignant. L'apparente indicibilité et le sentiment menaçant de la « folie » ainsi que la structure institutionnelle hospitalière asymétrique empêcheraient la mise en place d'une véritable thérapie psychiatrique basée sur une « relation thérapeutique personnalisée ».

Annexe

Compte-rendu de mes observations à l'hôpital psychiatrique de Nant

Service de Sirocco – psychiatrie adulte

Je tiens tout d'abord à préciser que tous les noms propres sont fictifs et que les prénoms ne correspondent pas à ceux que portent réellement les acteurs de mes observations ; ceci de façon à banaliser mes propos et à leurs conférer un caractère général. Dans ce sens, il est important de prendre les individus mentionnés dans mon compte rendu comme les représentants d'une certaine catégorie (personnel soignant, chef de service, infirmier ou stagiaire) et non en tant que protagonistes singuliers investis d'une subjectivité exclusivement personnelle et particulière à leur situation individuelle.

Les premiers pas et les premières impressions

M. Skuza, mon « guide » sur le terrain et moi-même commençons la journée à l'hôpital de Nant par une très rapide visite de l'accueil et de deux des services de l'hôpital. Nous n'entrons pas à Ghibli mais partons en direction de Sirocco. Au passage, l'initié au fonctionnement du service peut remarquer quelques détails signifiants (portes des services ouvertes ou fermées, lit entreposé hors d'une chambre) comme me le fait remarquer M. Skuza. Présentation éclairée aux membres de l'équipe soignante de Sirocco qui se trouvent dans la partie « cachée » de « l'aquarium ». Je suis introduit comme étudiant universitaire de M. Skuza. On ne se sert pas la main ni ne se présente personnellement, j'ai arrêté le mouvement de la main que j'adressais à Antoine en voyant que celui-ci ne se préparait pas à le recevoir. J'ai alors abandonné la salutation individuelle en pensant que cela ne se faisait pas, que je dérangeais ou alors qu'un simple échange de regard, en guise de salutation, pouvait convenir dans mon cas. Cependant, il ne me semble pas que M. Skuza, qui connaît ces personnes, les ait saluées par une poignée de main. La discussion entre le personnel soignant qui semble être extra-professionnelle (on pourrait même dire qu'elle relève de l'intime) ne s'arrête pas pour autant suite à ma (notre) présence. Il est bientôt midi, mais deux croissants et un bocal de confiture se trouvent sur la table ronde autour de laquelle l'équipe est réunie alors que sur l'autre table ronde située un peu plus loin, trône une bouteille entamée (je crois) de clairette de Die. Cependant, ni les aliments du petit-déjeuner ni la bouteille d'alcool constituent le centre d'intérêt du personnel soignant.

Quelqu'un prend un café, il ne m'en propose pas, ni aux autres d'ailleurs. Je ne bois pas de café, mais dans ce type de situation, si on m'en propose un, je l'accepte. La salle « privée » est assez agréable, il fait encore beau dehors, une des deux fenêtres est ouverte et on voit un bout de verdure dépasser de sous les stores baissés qui empêchent la réverbération du soleil. Il y a un petit panneau avec, épinglé dessus, des cartes postales. Je ferais bien une analyse énonciative de ce qui est écrit dessus. Qui les a écrites, pour dire quoi, comment et à qui ? Il y a une porte bleue au fond sur la gauche qui, je le remarquerai par la suite, conduit à des toilettes réservées au personnel soignant. Entre la porte bleue et le mur du fond se cache un lavabo. Tout à gauche du mur du fond, il y a une autre porte. Personne ne l'aura ouverte. Je ne sais pas où elle conduit. Sinon, le mur en face de l'entrée de l'espace « privé » soutient une série d'étagères où sont rangés des dossiers. Vers le lavabo se trouve un meuble sur lequel est posée la machine à café. Ce même mobilier contient également un four micro-onde et un grille-pain. À droite en entrant, il y a une commode sur laquelle se trouve une chaîne stéréo. Il y a un porte-manteau au fond à droite qui est utilisé, mais les sacs et les vestes des filles du service sont posées sur le rebord des fenêtres, à gauche en entrant.

Juste avant la remise de service du matin, M. Skuza m'emmène faire le tour du propriétaire. J'ai remarqué peu de monde à l'extérieur de l'hôpital, les endroits pour s'asseoir sont très rares et consistent essentiellement aux tables de la « caf ». ***On repasse par les couloirs pour retourner à Sirocco, il ne dit pas bonjour à toutes les personnes qu'il rencontre. En plus, selon sa façon de saluer, il est facile de savoir s'il s'agit d'un patient ou d'un membre du personnel de l'hôpital que nous croisons. J'observe les regards qui sont échangés lorsque M. Skuza croise quelqu'un dans les couloirs. Il ne regarde pas toujours les patients dans les yeux lorsqu'il est à leur hauteur, cependant, il lui arrive de se retourner pour les observer alors qu'ils lui tournent le dos.*** M. Skuza me dit que pour certains types de patients, le regard des autres peut être « pesant » et activer ou renforcer leur malaise. Mais faut-il les ignorer, faire comme s'ils n'étaient pas ? Donc leur sentiment d'exister ne passerait-il pas à travers le regard d'autrui chez ces personnes ?

Dans les couloirs de l'hôpital, j'essaye de repérer qui est patient, visiteur ou personnel de l'établissement. Finalement, je me dis que le cadre psychiatrique

oriente mon regard et construit ces catégorisations. Le savoir de sens commun que j'ai au préalable sur les hôpitaux psychiatriques fait anticiper le fait que je serai confronté autant à des personnes malades mentales qu'à des infirmiers, des cuisiniers et à des visiteurs dans cet endroit. C'est sans doute pour cela que j'ai commencé à identifier les personnes selon ces catégories et les indices de sens commun qui me le permettent. La catégorisation entre personnel médical et patient est rendue plus difficile à faire dans les endroits accessibles à tous (ségrégation de l'espace), selon la qualité de l'habillement, le soin de soi et l'attitude de la personne. La question ne se pose pas, par exemple, dans l'« aquarium » qui est un espace réservé au staff médical.

L'« aquarium » est le bureau du personnel soignant. Il se trouve en général sur un lieu de passage, proche du coin télé et de l'espace commun du service. L'« aquarium » est composé de grandes vitres qui permettent au staff médical d'avoir un œil sur les patients et vice-versa. Ce qui, d'ailleurs, peut être troublant. Cependant, je n'irai pas jusqu'à dire que le contrôle par la vue soit bilatéral, bien que j'aie assisté à une scène où une stagiaire préparait les médicaments pour un patient qui attendait, elle a fait tomber du liquide pendant l'opération et quand elle a ouvert la porte le patient a rigolé en mentionnant la maladresse de la stagiaire. ***Depuis chaque position, il est possible d'observer l'extérieur de la pièce. Cet endroit est réservé au personnel, mais les patients peuvent frapper aux portes en verre et un membre du personnel soignant s'occupe de lui. En général, il doit refermer la porte derrière lui et s'entretenir avec les patients à l'extérieur pour éviter que les patients entrent et entendent ce qu'il se dit dans ce bureau.*** Il est vrai que la comparaison avec un aquarium est pertinente, cependant, j'ai plutôt eu l'impression que les poissons étaient les patients qui déambulaient dans le parcours des corridors, que l'on peut observer mais sans les entendre ni entrer en contact physique ou verbal avec eux (jeux de regards).

Plus tard dans la journée, j'entendrai une remarque de Fanny, une stagiaire qui a fait son entrée dans le service quatre jours auparavant, qui n'était pas au courant que ce lieu était, de manière informelle, appelé l'« aquarium ».

Dans cette pièce sont disposées, face à face, deux tables avec sur chacune d'entre elle un ordinateur. Depuis ces places, on peut accéder au bouton d'alarme (qui sert à appeler les membres des autres services en cas de crise).

Autour des tables se trouvent environ six chaises placées de telle manière que chaque personne assise se trouve très proche de son voisin quand toutes les chaises sont occupées, ce qui est le cas lors de la remise de service. Depuis chaque position, il est possible d'observer l'extérieur de la pièce. Une des façades est totalement meublée et contient un frigo (il y a beaucoup de berlingots de lait et les gens qui font leur café dans la salle attenante viennent à cet endroit chercher le lait s'ils en mettent dans leur boisson) et notamment l'armoire à médicament, fermée à clé. Il me semble que chaque membre du personnel soignant possède la clé, de l'infirmière cheffe aux stagiaires.

La remise de service de 11h30

C'est dans l'« aquarium » que se passent les remises de service. Il y en a trois par jour et leur fonction est de permettre un suivi continu des patients par la transmission des informations sur les patients à la nouvelle équipe soignante qui vient remplacer celle qui finit son service. A 11h30 sont présents trois stagiaires (Marie, Fanny et Amandine), puis Igor et Antoine qui semblent avoir un statut supérieur. Je remarque cela à leur formation plus élevée et à leur expérience plus fournies dans les soins. C'est à eux que les stagiaires viennent demander conseils. D'ailleurs, d'après mes observations, la hiérarchie au sein du service se composerait premièrement par Marthe qui est l'infirmière en chef, puis les psychiatres, indépendants du service, les infirmiers et finalement les stagiaires.

Pour la remise des services, une personne, la plus gradée de l'assemblée, est en possession de la liste des patients et passe en revue en énonçant la situation médicale de chaque patient ainsi que leurs prochaines activités de prévues. Chaque membre du personnel prend des notes sur l'état du patient qu'il suit en particulier et intervient pour préciser ou faire un commentaire sur ce qui est dit par l'intervenant principal. En plus d'avoir un suivi du patient, cela permet au staff médical de constituer un programme de la journée et des jours à venir en fonction des rendez-vous et des activités des patients dont chaque membre est en charge.

La façon décontractée de parler des patients, sous le mode de la plaisanterie, ne diffère pas beaucoup du ton qui était utilisé dans le salon « privé » lors de notre arrivée à Sirocco. Le personnel discute de qui s'occupe de qui, qui fait quoi et des nouvelles sur les patients. Ils essayent de joindre les intérêts des patients et

les intérêts du personnel soignant me semble-t-il. Le personnel soignant se répartit également les tâches selon les patients et les activités qu'ils préfèrent. Le personnel s'adresse toujours aux patients en les appelant par Monsieur et ensuite par leur nom de famille. Cependant, lorsque le personnel soignant n'est pas en présence des patients, il arrive également qu'ils évoquent les patients par leur nom de famille et leur prénom. (M. Prénom Nom ou Prénom Nom quand ils ne sont pas en présence des patients). Au moment où je tape ces lignes, je me dis que j'aurai dû porter mon attention sur la manière, à travers leur discours sur les patients, comment qu'ils adoptent pour la construction une identité particulière et qu'elle est la représentation du patient qu'il en ressort.

Durant cette remise de service, beaucoup de temps est passé à penser à l'heure du dîner qui approche, à organiser le tournus pour le repas, à discuter de choses et d'autres qui ne sont pas en rapport avec le destin médical des patients. C'est à la remise de service de 11h30 que le personnel soignant s'adresse directement et explicitement à moi pour la première fois. Igor me regarde et m'interpelle en me disant qu'il ne faut pas que je m'effraye, la remise de service de 15h30 est plus sérieuse. Ensuite, Amandine se retourne vers moi (j'étais derrière elle, debout et appuyé contre la façade agencée de l'« aquarium ») et me demande si je suis en Master. Je réponds que oui. Elle me demande ensuite, si au Bachelor, je n'ai pas fait de cours de psychologie. Oui mais c'était ma branche mineure. Elle m'a déjà aperçu dans les auditoriums : elle a fait son Bachelor en psychologie en même temps que je faisais le mien. On a eu des cours ensemble, cependant son visage ne me dit rien. Je me sens un peu gêné de ne pas la reconnaître alors qu'elle se souvient de moi. On commence à discuter avec ensemble à propos de son stage à la fondation de Nant. Igor passe et me dit de faire attention à ce qu'elle me raconte parce qu'elle est un peu : geste du doigt qu'il tourne autour de son oreille (fou) en la regardant du coin de l'œil. Il prononce cela de manière à ce qu'elle entende dans le but, certainement, de la provoquer de manière amicale. Elle réagit en s'adressant à moi pour contester et dire que c'est plutôt lui qui est : geste du doigt qu'elle tourne autour de son oreille (fou) en me regardant, car il avait déjà traversé la porte de l'« aquarium ».

La séance se clôt par le consentement d'Antoine à l'énoncé de quelqu'un qui a parlé plus fort que les autres pour annoncer qu'il est l'heure de manger. L'« aquarium » s'est rempli de monde (M. Skuza notamment), ils organisent le

turnus. Il est dit que je mangerai avec la première équipe. M. Skuza ira manger plus tard avec une psychologue. Il a informé plusieurs fois le personnel soignant qu'il irait manger en même temps que cette personne. Cela ne me dérange pas, je risque moins d'avoir le sentiment d'être l'observateur observé par un expert de l'observation (même si quand M. Skuza est présent, ses comportements ne provoquent pas cette situation)

Le repas

Il est midi passé, nous descendons manger. Je me rends à la cantine avec Amandine. Je vois des plateaux et des services rangés dans différents compartiments. Il faut les prendre soi-même, la cantine se présente sous la forme d'un self-service. J'utilise mes connaissances du fonctionnements des autres self-service que je connais déjà. Je suis le premier, devant Amandine, à effectuer le parcours. Je passe par les différentes étapes avec mon plateau : plat principal, dessert, salade, caisse. La caissière qui reconnaît un membre du personnel derrière moi lui conseille de prendre la sauce à salade toute faite (elle allait se la confectionner elle-même) car le jour d'avant de grands cuisiniers sont venus cuisiner à Nant et qu'il reste de ce festin, un peu de sauce à salade. Amandine se plaint gentiment en me disant que c'est à chaque fois pareille, c'est quand elle ne travaille pas qu'arrivent les meilleures choses.

On décide de s'asseoir dehors pour manger, le reste de l'équipe arrive derrière nous. Je laisse Amandine passer devant et ainsi faire le choix d'une table. Je me demande où elle va nous conduire. On sort de la cantine et allons sur la terrasse. Il fait beau. La zone aux alentours de la sortie de la cantine semble occupée par des patients. Nous continuons et allons tout au fond de la terrasse où se trouve deux groupes de 2 ou 3 tables accolées. Le groupe de tables à côté de celui où s'assied Amandine est occupé par des personnes qui ont l'air de faire partie du staff de l'hôpital (cohérence discussion, contrôle de soi, attitude, tenue) mais ayant un statut supérieur au personnel médical comme les stagiaires ou les infirmiers. Amandine passe devant sans leur adresser la parole ni les regarder. Je me demande alors s'ils sont des habitués ou non de l'hôpital ou du moins de la cantine. Je ne pose pas la question à Amandine pour lui demander si elle sait qui ils sont. Elle s'assied dos à la façade de la cantine, je m'assieds à côté d'elle (je suis en bout de table), j'ai envie de profiter de la vue sur le lac que permet cette position. Arrivent Antoine, Fanny, et d'autres personnes au fur et à mesure.

Antoine s'assied en face de moi, et Fanny en face d'Amandine. Puis Antoine change de place pour s'asseoir à côté de Fanny. Il me dit que comme il fumera à la fin du repas, pour ne pas m'incommoder, il va se placer à côté de Fanny est en face de personne. Cependant, pendant le repas, d'autres personnes arrivent et s'asseyent de son côté. Pour finir, à la fin du repas, Antoine viendra fumer sa cigarette en face de moi en tirant un peu la chaise en arrière et en adoptant une position décontractée.

Les discussions tournent autour du travail et des patients. Je suis étonné, ils m'ont bien dit qu'ils n'avaient que trente minutes de pause par jour et apparemment ils les passent à parler travail. Je me dis que tout au long de la journée des écarts sur les sujets de discussion au niveau professionnel sont effectués. Je ne sors pas mon calepin pour prendre des notes pendant le repas. Comme les discussions tournent autour de leur travail, j'en profite pour demander quelques éclaircissements au sujet de concepts souvent utilisés qui ne sont pas clairs pour moi : pack, Psychodrame, Compensation, Décompensation, etc... La première question était adressée à Amandine, assise à mes côtés, au sujet du Psychodrame. Elle n'a jamais participé à ce type de séance et demande alors à Antoine s'il peut m'en parler. Une conversation à quatre démarre (Antoine, Amandine, Fanny et moi-même). Marthe arrive et s'assied à côté d'Amandine, salutations, c'est la première fois que je vois cette personne, je ne sais pas encore qu'il s'agit de la cheffe du service et aucun indice matériel me permet de la différencier des autres membres du personnel soignant, cependant, à cette instant je la trouve un peu plus rigide et distante que les autres.

À la fin du repas, il faut débarrasser son plateau. Les chariots sur lesquels on les range se trouvent à l'intérieur. Antoine se fait interpeller par une personne assise à une table à côté des chariots et entrain de lire un journal. Leur discussion me semble bizarre (plusieurs répétitions). Amandine remplit le dernier étage de libre du dernier chariot. Il n'y a plus de place pour mon plateau. J'essaye de le poser sur le sommet métallique du chariot, la personne au journal qui venait d'interpeller Antoine se lève et me conduit vers un chariot vide qui se trouve de l'autre côté du comptoir de la cantine. Je ne sais pas s'il s'agit d'un patient ou d'un membre du personnel de la cantine. Peut-être les deux à la fois, qui sait. Personne ne s'arrête à la cafétéria pour prendre un café. Je me dis que si j'avais proposé un café on aurait peut-être refusé mon offre.

En remontant au service de Sirocco par l'extérieur, nous croisons un groupe de personnes. Les gens avec qui je suis s'arrêtent pour les saluer. À travers leurs comportements, on imagine qu'ils se connaissent bien. On m'introduit, ce sont leurs collègues, ils ne sont pas en service mais se trouvent quand même présent sur le site de Nant pour une raison que je n'ai pas réussi à saisir.

Le début d'après-midi

Arrivé au service, le personnel s'assied dans l'« aquarium », Antoine va chercher un café dans le salon « privé » en revenant il me dit que si je veux boire quelque chose je suis libre d'aller me servir. 80cts le café. J'imagine qu'ils font une caisse commune et ensuite, avec l'argent récolté, le service s'offre un souper. Ou peut-être les 80cts servent-ils simplement à rembourser les capsules caféïnées. Je ne le leur demande pas. Antoine m'invite également à faire ce que je veux, c'est-à-dire : m'asseoir autour des tables de l'« aquarium » ou aller dans la salle « privée » pour lire le journal.

Je m'assieds un moment autour des tables de l'« aquarium ». Un téléphone, c'est un membre de l'équipe soignante qui s'informe si M. Skuza est déjà à la cantine. Ce dernier avait anticipé ce cas de figure en demandant à Antoine de communiquer qu'il était déjà à la cantine si cette personne se manifestait. Suit une discussion sur les relations entre personnel soignant. Qui préfère travailler avec qui, quel type de relation entre quelles personnes, on parle également de personnes que je ne connais pas et qui ne sont pas présentes dans le service ce jour-là. Un patient frappe à la porte, visiblement il quitte l'établissement, le personnel soignant se lève pour lui serrer la main et lui transmettre leurs meilleurs vœux. Antoine et Igor partent avec lui pour l'accompagner jusqu'à l'extérieur. Alors qu'à ce moment je me trouvais debout à l'opposé de la scène, l'ancien patient capte mon regard et m'envoie un grand salut avec geste de la main. Je lui envoie un de même facture. Quand Antoine et Igor reviennent, je demande quel sera le programme de l'après-midi (je commence à avoir envie de changer de lieu d'observation et d'environnement). Antoine m'informe que le programme dépend de l'emploi du temps des patients qui leur sont attribués. ***Amandine, qui se trouve également dans l'« aquarium » à cet instant, me dit que le rôle des stagiaires est de passer du temps avec les patients (promenades, ping-pong). Par exemple, elle me dit qu'elle passe environ 80% du temps avec les patients.*** D'après ce que j'ai entendu le matin, il va y

avoir un nouveau patient qui va arriver, directement de la prison. Le personnel soignant croit qu'il a tué son enfant, ou un enfant. Ils en parlaient avec humour, pour, j'imagine, désamorcer un peu leur tension.

Je me rends dans la salle « privée », je suis seul. Je m'assieds à la table ronde vers l'entrée et écris quelques notes. Marthe arrive. Salutations verbales. Je lui demande quel est son rôle ici, elle me dit qu'elle est la cheffe du service. Elle se prend un café et se met à l'ordinateur de la salle « privée ». Elle me tourne le dos. Fini d'écrire mes notes, je réapparaiss dans l'« aquarium ». Les stagiaires donnent quelque médication à des patients qui viennent frapper à la porte vitrée de l'« aquarium ». Les médicaments semblent être transmis uniquement du côté gauche de l'« aquarium » alors que les deux côtés de cette salle sont pourvus de porte. Je crois qu'il y a une petite fontaine d'eau à l'extérieur et de ce côté de l'« aquarium ». Antoine est entrain d'appeler pour réserver la salle de pack. Le bac à glace du service est perdu, il en faut un pour rafraîchir l'eau dans laquelle trempent les linges qui serviront à entourer le corps du patient. Amandine se propose pour aller à Ghibli en chercher un et essayer de trouver le leur en chemin. Elle me demande si je veux l'accompagner. Je dis oui. Ça tombe bien, je commençais à avoir besoin de mouvement.

On prend les couloirs en direction de Ghibli. Arrivés à Ghibli, nous entrons dans une salle, la porte est ouverte, il y a deux lits, une personne est assise sur un des lits (le plus confortable). Il s'agit d'une patiente, elle interpelle Amandine. Se plaint qu'elle était à l'hôpital de jour et que maintenant les médecins veulent la garder plus longtemps et constamment à l'hôpital. Ils ne lui disent pas pourquoi, elle leur en veut, manque de communication et se sent trahie. Amandine reste debout entre la porte et cette dame. Je suis appuyé contre le montant de la porte, sur le seuil. Il y a une chaise en face de la dame, si Amandine s'assied dessus, elle pourrait être à sa hauteur. Elle a un mari, des enfants, sa fille est psychologue, elle ne peut même plus rentrer chez elle chercher quelques affaires personnelles. Elle demande à Amandine si elle est infirmière et ensuite me demande ma fonction. Mon premier mensonge d'ethnologue. Je confesse. J'ai répondu par l'affirmative quand elle m'a demandé si j'étais psychothérapeute. Amandine se retourne et me regarde en souriant. Je m'en veux toujours de ne pas avoir dit la vérité, même si elle est peut-être moins facile à saisir. ***Je me dis***

*que je serais plus utile à passer la journée à écouter cette dame plutôt qu'à observer dans l'« aquarium ». La patiente alterne entre crise de larmes et contrôle de soi, elle se plaint de sa situation. Amandine répond par : « oui c'est difficile, oui oui, courage ». Puis, on y va. La dame nous remercie pour notre écoute (!!). Je demande à Amandine pourquoi elle ne s'est pas assise sur la chaise et n'a pas passé un peu plus de temps avec cette dame qui, visiblement, avait besoin de s'exprimer et qu'on l'écoute. Elle me répond que ce n'est pas son service et qu'elle n'a pas le temps, elle doit préparer un pack. Je pensais que c'était la chambre de la dame, mais en fait il s'agit d'une salle pack où Amandine pensait retrouver le bac à glace perdu de son service. Pourquoi une patiente se réfugie dans une salle pack pour appeler ? Ah oui, elle était patiente de jour et le personnel ne lui a pas encore attribué de chambre. Amandine n'a pas trouvé de bac, on déambule à nouveau dans les couloirs, il y a beaucoup plus de monde qu'à Sirocco. Amandine va vite, j'ai de la peine à la suivre. Il me semble que l'on fait plein de virage, je crois ressentir ce que ressentent les rats que l'on utilise pour l'expérimentation scientifique et qu'on place dans des labyrinthes. Après un énième changement de direction, j'aperçois une sorte de cage de verre. C'est l'« aquarium » de Ghibli. Amandine y entre, je reste devant la porte, comment le font les patients. La première phrase est adressée à Amandine sous forme de boutade par un membre du staff : faut arrêter d'accuser les autres de voler les objets (bac à glace). Amandine ne sourit pas. Quand je lui demanderai si elle a beaucoup de relations avec les membres des autres services, elle me dira que non, elle ne les voit presque jamais. Peut-être que c'est différent pour les médecins et les psychiatres. Je me demande si le personnel soignant et les patients alentours me considèrent comme patient ou autre. **Un jeune en polo Lacoste, peut-être un stagiaire, sort de l'aquarium (les patients ne peuvent pas entrer dans l'« aquarium »). Il me passe devant sans me saluer et coupe la trajectoire d'un patient (je le reconnais comme tel car il porte le pyjama de l'établissement et marche à la manière d'un zombie). Cela me frappe, il a failli renverser le patient qui a dû brusquement s'arrêter. Quand le jeune revient, il repasse devant le patient en pyjama, si près de lui qu'il a risqué de lui marcher sur les pieds. Il semble entrer dans l'« aquarium » comme s'il allait s'y réfugier. À aucun moment, il n'a regardé le patient à qui il a forcé la route. C'est peut-être aussi pour cela que je me demande si le***

personnel soignant m'imagine comme patient, je ne capte pas leur regard. Et voir ainsi l'image qu'ils se font de moi se refléter dans leur regard. Le patient en pyjama se rapproche de l'« aquarium » pour prendre contact avec le personnel médical selon la convention consistant à frapper à la porte vitrée. Comme j'ai pu le voir en quittant les lieux quelques instants plus tard, personne ne s'était encore rendu hors de l'« aquarium » pour le rencontrer. Amandine repart avec un bac à glace. Je pensais qu'il aurait été plus grand et plein de glaçons. C'est un petit bac qui rentrerait dans un congélateur moyen et rempli d'eau gelée. Nous reprenons les mêmes couloirs à l'envers, je me sens perdu et ne pense pas avoir pu m'y retrouver seul. J'exagère un peu, mais c'est l'impression qui m'est venue sur le moment. Nous arrivons au service de Breva, Amandine ouvre la porte de la salle de pack avec une clé qui se trouve dans sa poche (sans doute avec celle qui ouvre l'armoire à médicaments). Une fois à l'intérieur, elle place la glace dans l'eau où sont trempés les linges. Amandine m'explique en détails comment se déroule un pack. Il y a également deux lits, pas d'armoire et une fenêtre, cette pièce a bien la même configuration que celle où se trouvait la personne qui déprimait. On sort, elle ferme la porte, retour à l'« aquarium » de Sirocco.

Arrivés, elle explique à Antoine le cas de la patiente en phase de déprime que l'on a croisé. Demande si elle doit avertir le service de Ghibli. Rien ne sera entrepris.

Un peu plus tard, Marie avec qui je discutais, demande à Antoine si elle peut s'occuper de remplir sur l'ordinateur le temps passé avec chaque patient, ça s'appelle le LEB je crois. **Amandine, qui semble n'avoir rien à faire, propose au responsable du service d'emmener un patient en balade. Après consultation de la fiche du patient, la réponse sera négative, comme ce patient a déjà effectué ses 15 minutes de promenade quotidienne.**

Antoine et Igor partent pour un « contrat », j'imagine qu'il s'agit du rendez-vous pour faire entrer le nouveau patient. Ils ont l'air un peu tendus, en quittant l'« aquarium » pour se rendre à l'entretien. Avant de franchir la porte, ils se retournent et déclarent à voix haute qu'ils vont vite aller fumer un joint avant, Antoine invite Igor. Ils se regardent l'air complice et retournent leur regard vers le personnel soignant et moi. Je ne peux pas dire s'ils sont sérieux ou non et s'ils font ça pour m'induire en erreur.

Comme deux patients sont partis et qu'un nouveau va arriver, il faut changer les lits dans deux chambres. Amandine me demande si je veux venir voir une chambre. Je dis oui. Les chambres que j'ai visitées sont constituées de deux lits, avec des armoires, toutes semblables et jaunes. Un petit lavabo se trouve vers la porte d'entrée. Pas de toilette. Conformité. Cela me fait penser à une prison. Il fait chaud, je me dirige vers la fenêtre qui semble ouverte, elle ne l'est pas en fait, un plexiglas avec de petits trous empêche le contact avec l'extérieur. Je trouve les prospectus que l'on a étudiés en classe. Le prospectus sur les mesures de contraintes est distribué dans toutes les chambres. Amandine m'explique que les patients, de manière générale, ne s'intéressent pas beaucoup aux brochures (à part le cas d'un patient qui a appelé son avocat) et la discussion de leurs droits et de leurs devoirs n'est pas explicitement établie lors de l'entretien suivant l'admission. M. Skuza m'apporte des gants. Alors que j'avais proposé mon aide à Amandine et à Marie (qui est arrivée entre temps) elles l'avaient refusée et ne m'avaient pas fourni de gants. Il faut des gants pour changer les draps et nettoyer les matelas. En tout cas, avec les gants, j'ai pu commencer à aider de manière légitime au changement des draps. Par la suite, j'ai ôté les gants, ils n'étaient pas très pratiques pour manipuler les draps et faire les nœuds avec les attaches des couvre-lits. On a discuté Amandine, Marie et moi de choses plus personnelles pendant cette activité. La première chambre était vide de patient, il fallait changer les deux lits. J'ai remarqué qu'elles disposaient sur chaque lit un pyjama et un linge une fois le lit fait. Dans la seconde chambre, un patient était présent. Il commence la discussion avec Amandine et Marie. Ensuite, Il m'interpelle en me demandant si je suis un stagiaire. Je réponds oui, en quelque sorte, mais un stagiaire de courte durée, d'un jour. Observation participante. Ensuite il est parti dans les couloirs et a commencé à chanter. Marie m'explique qu'il fait cela quand il est angoissé. Il arrive peut-être à calmer ses angoisses comme cela ? Amandine ajoute qu'il a un répertoire assez varié, entre Patricia Kaas et le Hip Hop. Le décor de cette chambre habitée pour le moment par une personne ne varie pas de l'autre d'avant qui était vide. Aucun élément décoratif spécifique, il y a juste quelques affaires personnelles (pantoufles, habits, sacs en plastic, brosse à dents). Quand je sors de la chambre, je l'aperçois qui chante en faisant des aller-retours dans les couloirs.

De retour dans l'« aquarium » nous continuons la discussion commencée avec Marie sur le transfert émotionnel qu'elle avait fait sur un patient qu'elle prenait pour son frère. Elle me raconte à quel point cela a été dur pour elle et comment, avec l'aide de ses collègues, elle a pu y remédier.

Lors de cette discussion, les concepts de la psychanalyse, utilisés pour les thérapies, sont largement évoqués. Il est bientôt l'heure de la remise de service de 15h30, Igor et Antoine réapparaissent avec un groupe de personnes dans l'« aquarium » et se dirigent à l'intérieur la salle « privée ». C'est le seul moment de la journée où la porte de cette pièce sera fermée. J'imagine qu'il s'agit de l'équipe soignante qui s'occupe de l'admission du nouveau patient et qu'ils vont en dresser le profil et les mesures à adopter à son égard. Une discussion sérieuse va se tenir autour de même table où le personnel soignant tenait des discussions joyeuses devant le paquet de croissants et le pot de confiture.

La remise de service de 15h30

La réunion commence avant 15h30. Le matin, la réunion avait débuté un peu après l'heure qui était fixée. Présents : Marthe, Amandine, Fanny, Marie et une infirmière. Marthe dirige la remise de service en passant en revue les patients et en résumant leur bilan de santé et leurs activités des derniers jours (état de santé, ce qu'il a fait, ce qu'il va faire, la médication). La cheffe du service est assise à l'ordinateur où se trouvait déjà Antoine qui dirigeait la remise de service du matin. Je me dis que c'est peut-être la place du responsable en service (téléphone, LEP). L'atmosphère est plus calme que la réunion d'11h30. Il y a moins de rire et moins de blagues. ***J'apprends que Marthe est partie faire les magasins avec un patient qui avait besoin de vêtements. Le nécessaire pour vivre. Marthe ne l'a pas laissé acheter un téléphone portable car elle s'est doutée de la volonté du patient de vouloir acquérir un téléphone portable ce jour-là. Le désir du patient, émis à plusieurs reprises par le passé, de s'octroyer un natel a soulevé ce soupçon chez Marthe au moment où le patient lui a fait part du montant qu'il avait pour faire ses achats vestimentaires.*** Marthe doit rendre des comptes au tuteur du patient. L'argent du patient est déposé dans une enveloppe à la réception. ***Un patient a été transféré dans un autre hôpital, il semble y avoir des divergences dans le diagnostic du patient entre le service de Sirocco et le nouveau auquel est affilié ce patient.***

Marthe remet en cause les capacités du personnel de l'autre hôpital psychiatrique. Le groupe soutient l'avis de son chef de service.

Les rendez-vous des patients sont organisés pour la semaine à venir. Nous sommes vendredi. Le tout est noté dans un grand agenda. La structure graphique de l'agenda est respectée lors des annotations, il y a de très petits espacements. Les rendez-vous sont enregistrés à l'intérieur avec les initiales des patients et les initiales de la personne qui s'en occupe. Je remarque que Marthe me lance passablement de regards. Je prends des notes. Je ferme un moment mon carnet puis l'utilise à nouveau.

Après un moment, M. Skuza me fait comprendre que nous allons bientôt quitter l'hôpital. Je serre la main à Antoine, Igor et Marthe. J'adresse un salut et bonne route à Marie, Amandine et Fanny.

M. Skuza salue le staff médical de manière général et ne sert la main à personne, à part celle d'Igor qui court lui sauter dans les bras de manière comique. Nous quittons l'établissement en saluant le personnel de la réception.

**Communication institutionnelle et informelle de la
Fondation de Nant.**

Les représentations du Fou et de la Folie.

Audrey Linder

Introduction

En psychiatrie, la parole tient un rôle central. En effet, c'est par la parole que l'on va pouvoir poser un diagnostic. C'est à travers ce que le patient dit de cohérent ou non, à travers ce qu'il dit de sa maladie et de ses symptômes, que le psychiatre va pouvoir déterminer le type de maladie dont il souffre. C'est également à travers les paroles du patient que l'on va déterminer le traitement à appliquer. Est-ce que celui-ci est conscient de sa maladie, ou est-ce qu'il la renie? Est-ce qu'il souhaite guérir, ou est-ce qu'il dit clairement préférer rester à l'hôpital? Le traitement lui-même va s'ancrer dans la parole, à l'image de la psychanalyse. C'est en verbalisant son mal-être et sa maladie que le patient va pouvoir "s'en sortir".

On comprend donc immédiatement quelle est la pertinence d'appréhender l'institution psychiatrique sous l'angle de la communication. Néanmoins, si la parole du patient, sa manière de communiquer, occupe une place majeure dans les hôpitaux psychiatriques, elle a tendance à occulter les discours que l'institution et le personnel eux-mêmes tiennent *sur* le patient et sa maladie. En sciences sociales, l'un des outils qui permet une telle approche est l'analyse énonciative. Selon Kaufmann et Skuza (2010; 1)

une telle analyse permet en effet d'analyser l'ensemble du fonctionnement de l'institution psychiatrique, en l'occurrence ses énonciations institutionnelles et informelles, ses modalités de prise en charge, ainsi que l'aspect matériel de son existence comme autant d'énonciations au sujet des normes sociales et de la distinction entre pathologie et normalité, soin et surveillance, aliénation et réinsertion, etc.

A l'aide de l'analyse énonciative, il m'a semblé intéressant de comparer la communication institutionnelle de la Fondation de Nant à sa communication informelle. Pour cela, deux types de données très différents ont été mobilisés. Afin d'analyser la communication informelle de la Fondation de Nant, j'ai choisi de me pencher sur la brochure d'accueil distribuée aux patients le jour de leur arrivée à l'hôpital. En ce qui concerne la communication informelle, je me suis basée sur les notes de terrain prises lors de notre journée d'observation dans cette institution. J'ai cherché plus précisément à en dégager les représentations du Fou et de la Folie qui y sont véhiculées, et j'ai cherché à voir si celles-ci étaient identiques dans le discours officiel de l'institution et dans les pratiques quotidiennes de l'équipe soignante.

Pour ce faire, un détour méthodologique m'a néanmoins semblé nécessaire. En effet, les données ont été récoltées et abordées dans la perspective d'une analyse énonciative. Celle-

ci est issue d'une tradition ethnométhodologique, et se mêle parfois à l'analyse de discours et à l'analyse des catégorisations. Il s'agira donc de dégager quelques outils d'analyses utilisés lors de cette recherche.

Méthodologie

Matériel à analyser

Le premier type de données à analyser fait partie de la communication officielle; il consiste en une brochure d'accueil éditée par la Fondation de Nant, que chaque patient trouve dans sa chambre à son arrivée. En réalité, le patient y trouve deux brochures, à savoir la "Brochure d'accueil", et la brochure "L'essentiel sur les droits des patients". Néanmoins, j'ai décidé de me focaliser sur la première. En effet, l'information sur les mesures de contraintes ne concerne qu'une minorité de patients, dans des cas bien particuliers. J'ai donc préféré me concentrer sur l'ensemble des patients et laisser ce sous-groupe de côté. En ce qui concerne la brochure sur les droits des patients, elle n'est pas éditée par la Fondation de Nant, mais par Sanimédia. De plus, elle n'est pas spécifique aux patients psychiatriques, ni au canton de Vaud. Il ne s'agit donc pas directement d'une communication de la Fondation de Nant, et cela n'entre donc pas dans le cadre de cette analyse.

La brochure d'accueil contient une lettre d'introduction par la direction et le personnel de la Fondation de Nant, un plan du site hospitalier sur le dos de la brochure, puis quatre feuillets à l'intérieur. Le premier feuillet donne les informations générales sur les droits des patients. Les feuillets suivants détaillent trois moments de l'hospitalisation, à savoir l'admission, le séjour et la sortie. Chaque feuillet est encore divisé en sous-parties.

Le deuxième type de données que j'ai analysé est issu des notes de terrain, prises le 26 avril 2010 à l'Hôpital de Nant, dans le service Ghibli (Cf. Annexe). Je me suis rendue à l'hôpital psychiatrique de Corsier-sur-Vevey en compagnie de Krzysztof Skuza, enseignant du séminaire *Sociologie de la Communication et de la Culture*, et d'Alexandre Davel, un étudiant du dit séminaire.

Monsieur Skuza a été notre "clé d'accès" à l'hôpital ainsi que notre guide sur le terrain. En effet, il avait lui-même passé près de six mois au sein de la Fondation de Nant pour ses propres recherches. Il connaissait donc bien les lieux, le fonctionnement de l'hôpital, certains patients et surtout le personnel soignant. Cela a permis non seulement de nous faciliter l'entrée à l'hôpital – nous étions "les étudiants à Krzysztof" – mais également de faciliter le contact avec le personnel soignant, ce qui nous a même valu de participer à un apéritif de départ. D'autre part, n'ayant accès à l'hôpital de Nant que pour quelques heures, à savoir de

10h à 14h, nos observations n'ont pu atteindre le niveau du "familier", et Monsieur Skuza nous aidait parfois à orienter notre regard. Il nous donnait également des explications nous permettant de comprendre le sens de certaines actions.

Outils d'analyse: l'ethnométhodologie

Si les sciences sociales, et la sociologie en particulier, semblent acquérir une position de plus en plus reconnue en milieu hospitalier, et notamment psychiatrique, il est probable que leurs méthodes ne soient pas pour autant familières au personnel de ces institutions. C'est pourquoi j'ai cru utile de faire ici un détour méthodologique, afin d'exposer les outils qui ont permis mon analyse, à savoir l'ethnométhodologie, l'analyse de discours, l'analyse énonciative et l'analyse des catégorisations. Il est évident qu'il ne s'agit pas d'en faire un historique et une description exhaustive, mais plutôt d'en donner quelques éléments clé.

Ainsi, pour Widmer (1999bis), l'ethnométhodologie, tout comme l'analyse de discours, est une sociologie praxéologique. Cette sociologie praxéologique est définie par Amiel (2004), s'inspirant lui-même de Garfinkel, le père fondateur de l'ethnométhodologie, comme une "*sociologie des pratiques s'identifiant elle-même comme l'un de ses objets d'étude*". Ce qui amène à questionner l'importance que les ethnométhodologues accordent au contexte et au sens commun dans leurs analyses.

En effet, en ethnométhodologie, le contexte est primordial, et il est considéré comme quelque chose de dynamique, se modifiant sans cesse. Cela est dû au fait que, pour les ethnométhodologues, le contexte serait produit par l'action, qui elle-même s'adapterait au contexte, et "c'est ce processus généralisé qui [...] produit et maintient la consistance sociale" (*ibid.*; 18). Sur ce point, on rejoint donc Veron (1980) et la sémiotique, puisque selon lui, "il faut affirmer à la fois qu'il y a une "réalité" dont l'être ne dépend pas de nos représentations, et que la notion même de "réalité" est inséparable de sa *production* à l'intérieur de la sémiotique, c'est-à-dire que sans sémiotique il n'y aurait pas de "réel" et il n'y aurait pas d'"existants"." (Véron 1980).

D'autre part, l'ethnométhodologie accorde une grande importance au sens commun, ou plus précisément aux "*méthodes utilisées par les gens dans la vie quotidienne pour rendre compte de (ou comprendre) leurs activités — à la fois pour eux-mêmes et à destination des autres.*" (Oxford Dictionary of Sociology dans Amiel 2004:20). Le postulat de l'ethnométhodologie est donc que "l'objectivité des faits sociaux étant une propriété de l'activité située et continue des membres, l'analyse détaillée de cette activité permettra de mettre au jour les processus de constitution du monde social" (Acklin Muji, Bovet et al.

2007). Il s'agit donc de s'interroger sur "*la rationalité à l'œuvre dans les pratiques sociales les rendant intelligibles aux yeux des membres comme pratiques communes, familières, etc.*" (Widmer 2001).

En ce sens, l'ethnométhodologie se pose également comme critique de la sociologie conventionnelle, puisque celle-ci participe à la construction de sens de l'ordre social sans considérer ces significations comme problématiques.

"À l'inverse, les ethnométhodologues avancent que la tâche spécifique de la sociologie est d'élucider les règles d'interprétation par le moyen desquelles nous établissons notre sens des choses — plutôt que de s'engager réflexivement dans la définition de ce sens. Dans cette voie, la sociologie conventionnelle devient un objet d'étude pour l'ethnométhodologie, au même titre que n'importe quelle autre activité sociale" (Oxford Dictionary of Sociology dans Amiel, 2004 :21).

Enfin, je terminerai cette première présentation de l'ethnométhodologie avec deux de ses notions centrales, à savoir l'indexicalité et la réflexivité. L'indexicalité "correspond à l'idée qu'il n'y a pas quelque chose comme une définition claire et générale d'aucun mot ou concept d'un langage parce que le sens vient par référence à d'autres mots ou concepts et du contexte dans lesquels les mots sont dits" (*idem*). Cette notion est tellement centrale que Sacks et Garfinkel, en 1970, définissaient l'ethnométhodologie comme la "recherche des propriétés des expressions indexicales" (Conein 1983). La réflexivité, quant à elle,

"renvoie au fait que notre sens de l'ordre des choses est le résultat d'un processus de conversation: il est créé en parlant. Nous avons l'habitude de nous penser comme décrivant un ordre des choses existant préalablement autour de nous. Mais pour les ethnométhodologues, décrire une situation, c'est en même temps la créer" (Oxford Dictionary of Sociology dans Amiel, 2004; 21)

Outils d'analyse: analyse de discours, analyse énonciative et analyse des catégorisations

Tout comme pour l'ethnométhodologie, il ne s'agit pas de faire une description détaillée et exhaustive de ces trois types d'analyse. Il semble néanmoins nécessaire de relever quelques-unes des idées qui les sous-tendent, ainsi que de faire ressortir quelques notions qui ont guidé mon analyse.

Selon Widmer (Acklin Muji, Bovet et al. 2007), le langage est une pratique sociale instituante, puisque "*d'une part l'activité langagière est elle-même une action sociale, et d'autre part les activités, qu'elles soient langagières ou non, sont insérées dans un contexte qu'elles contribuent à constituer*". Dès lors, "*l'analyse de discours doit s'efforcer d'exhiber et d'explicitier les opérations discursives, en particulier les procédures de catégorisation, déployées par les acteurs sociaux pour faire sens du monde social et y agir conjointement*"

(*ibid.*; 271). Nous voyons donc immédiatement que l'analyse de discours, l'analyse énonciative et l'analyse des catégorisations ne sont pas totalement séparées, mais qu'elles ont tendance à se compléter.

L'analyse de discours est fondée sur la croyance qu'en se penchant sur les discours, et sur la manière dont ils sont construits, il est possible de retrouver "la trace de la perspective que les énonciateurs exercent sur [les objets du discours], ainsi que de celle qu'ils présupposent chez leur énonciataire" (Berthoud and Mondada 1995). On retrouve donc l'idée des mondes possibles, et l'idée que l'énonciateur tente d'imposer à l'énonciataire sa propre vision du "monde objectif" (Berthoud and Mondada 1995; Barthélémy 1999). Car, comme le rappelle Veron (1980 :61) "*tout système signifiant [...] renvoie à un "monde" (qu'il soit posé comme réel ou imaginaire, matériel ou idéal, etc.)*". Mais cette imposition du monde objectif de l'énonciateur à l'énonciataire n'est rendu possible que sur la base d'un certain nombre de savoirs partagés, que l'énonciateur devra alors présupposer chez l'énonciataire.

Acklin Muji *et al.* (2007 :271-272) nous donnent une vision plus concrète de l'analyse de discours et de la manière dont elle doit être effectuée. Pour eux,

la démarche consiste à mener une première lecture de sens commun, suivie d'une seconde lecture, analytique, qui rend compte de la première en faisant apparaître, dans les discours, les traces de leur production et l'anticipation de leur lecture, comme autant de propositions d'identification constitutives d'une manière de lire le monde, d'interpréter des événements et d'envisager des actions.

Il faut enfin décrire comment les discours "disent ce qu'ils disent" et "*mettre en évidence leurs ressources sociales et culturelles, les savoirs procéduraux et sociaux [...], examiner les prétentions de vérité, les effets de réel, les agencements divers qui permettent aux discours et à leur réception de présenter une version du réel cohérente et valable dans leurs propres termes*" (Widmer 1999).

En ce qui concerne l'analyse énonciative, j'en donnerai ici la définition d'Acklin Muji *et al.* (2007 :272):

L'analyse énonciative a la particularité de prendre en compte tant l'énoncé – ce qui est dit – que l'énonciation – la façon de le dire – en supposant que ces deux dimensions inhérentes au discours peuvent être observées et décrites. Dans cette perspective, le sens des discours [...] est à découvrir dans le caractère ordonné et intelligible de leur organisation. C'est en particulier le cas pour ce qui concerne le contexte des discours. Partant, les conditions de production et de réception des discours ne sont pas renvoyées à une enquête ethnographique. Il s'agit au contraire d'examiner les discours pour déceler – à leur surface langagière et pas dans une structure sous-

jacente exhumée par l'analyste – des traces de leur production et des propositions quant à leur réception.

On voit donc que l'analyse énonciative consiste presque en une sous-catégorie de l'analyse de discours. Concrètement, Widmer (1999 :8) propose de se demander qui prend en charge le sens du discours et en quelle qualité (autrement dit, qui est l'énonciateur), de se demander quelles prétentions a ce discours (est-ce qu'il souhaite informer, commenter, agir politiquement), et de voir à quel titre ce discours s'adresse au lecteur (et donc se poser la question du destinataire). En résumé, il s'agit d'interroger la place accordée à l'énonciateur, au destinataire, et au monde possible proposé.

Enfin, l'analyse des catégorisations s'intéresse à l'ordre des phénomènes, plus précisément à étudier "*quels choix sont effectués pour identifier les objets qui sont décrits, comment ces choix sont congruents ou non, comment ils supposent des liens dans le monde, etc*" (Widmer 1999 :9).

Le premier à proposer une analyse des catégorisations a été Harvey Sacks, qui a étudié "*« la manière dont des situations sont déterminées par des activités qui, en se déployant, classent, hiérarchisent et orientent leur environnement »*". Ce mode d'analyse vise donc la mise au jour de dispositifs de catégorisation (ou de vision et division du monde) envisagés comme des propriétés de l'action" (Acklin Muji, Bovet et al. 2007). Il a notamment posé la règle de congruence (*consistency rule*) selon laquelle "*ayant catégorisé une population à l'aide d'une catégorie relevant d'une collection, les membres suivants peuvent être identifiés sous des catégories qui appartiennent à la même collection que la première catégorie*" (Barthélémy 1999). Cette règle de congruence fonctionne notamment grâce au contexte de l'énonciation, d'où, encore une fois, l'importance de le prendre en compte. L'action de catégorisation répond également à la règle d'économie, qui consiste à identifier une personne à l'aide d'une seule catégorie à chaque fois que cela est possible (Kaufmann et Skuza, UNIL, notes de cours du 12.04.2010).

A l'aide de ces règles de catégorisation, ainsi que du contexte, de nombreuses inférences peuvent être faites, sans que l'auteur n'ait besoin de les expliciter ou les développer. Le recours aux catégorisations s'avère donc être un moyen économique pour l'énonciateur qui, à l'aide des catégories, des "*ressources inférentielles et [du] savoir conventionnel qui leur sont liés*" (Barthélémy 1999) n'a plus besoin d'expliquer tout ce qu'il souhaite exprimer. Beaucoup d'informations restent implicites, sans que le lecteur n'ait aucune difficulté à les déchiffrer. Ceci pour autant que les savoirs partagés que l'énonciateur a présupposés chez son énonciataire soient exacts.

Il est encore nécessaire de noter que la catégorisation est quelque chose de dynamique, et un acteur peut être re-catégorisé lorsque sa première catégorisation n'est plus pertinente (Barthélémy 1999). On voit donc que la catégorisation dépend notamment de l'action, ce qui a amené plusieurs auteurs à développer la notion de dispositif d'action collective. Pour Widmer, cette notion "rend compte de l'usage d'une catégorie d'action en ce qu'il ouvre un ensemble de relations possibles avec des catégories, des objets, d'autres actions, etc." (Widmer 1999). Plus précisément, les dispositifs d'action collective seraient des "*ressources tant pour dire ce qui se passe que pour agir dans l'un des rôles appartenant à ces dispositifs. Ceux-ci déterminent donc non seulement des catégorisations pour parler des acteurs, ils pourvoient aussi des places pour configurer l'action de ces acteurs*" (Widmer, 1999 :9).

Ces bases méthodologiques ont constitué des outils permettant d'analyser les données en me focalisant plus particulièrement sur les conceptions du Fou (ou patient) et de la Folie (ou maladie) qui y sont véhiculées dans un premier temps, puis de m'interroger, dans un second temps, sur la similarité entre les conceptions véhiculées dans la communication institutionnelle et la communication informelle.

La communication institutionnelle de la Fondation de Nant

Selon Barthélémy (1999) "*les étapes de l'analyse suivent celles du développement thématique ordonné par le texte dans le respect de son agencement séquentiel*". C'est donc ainsi que j'ai procédé pour cette analyse. Cependant, avant toute analyse de données, il est nécessaire de donner quelques informations sur le contexte de celles-ci.

Nous savons que la brochure d'accueil est éditée par la Fondation de Nant. Son objectif est de donner les premières informations sur le fonctionnement de l'hôpital, de donner quelques informations pratiques sur le quotidien des patients. Elle précise également les droits et devoirs de ceux-ci, probablement pour se prémunir de fortes oppositions par la suite, mais également pour rassurer le patient. En effet, s'il est prévenu qu'il pourra subir des mesures de contrainte durant son séjour, il sait également que celles-ci sont strictement réglementées.

Mais des questions peuvent d'ores et déjà se poser quant à la réception de ces textes. Le patient se trouve confronté à cette brochure dès son arrivée puisque, sauf erreur, celle-ci est déposée sur son oreiller, avec les brochures sur les mesures de contrainte et sur les droits des patients. On peut donc imaginer que le personnel souhaite que ces brochures soient lues relativement rapidement après l'admission à l'hôpital. D'autre part, nous l'avons vu, tout texte demande, pour sa compréhension, un certain nombre de savoirs partagés (Karsenty

and Falzon 1993). Or, quels savoirs partagés, et donc quelle capacité de compréhension de tels textes peut-on supposer chez un patient qui vient à peine d'arriver à l'hôpital psychiatrique? Je pense notamment aux schizophrènes en décompensation, ou à des patients psychotiques, qui sont dans des phases où leur notion de la réalité ne correspond plus du tout à la nôtre. D'autre part, on peut également se demander quel effet cela peut avoir sur un schizophrène en phase de délire paranoïaque de trouver une brochure concernant les "mesures de contraintes" sur son oreiller.

La brochure d'accueil: lettre d'introduction

La lettre d'introduction permet plusieurs analyses intéressantes, notamment quant à la construction de l'énonciateur et du destinataire. Ceux-ci sont construits en opposition, avec l'usage du "nous" et du "vous". Il s'agit donc d'identifier à quoi renvoient ces deux pronoms.

Le "nous" renvoie à "La direction et le personnel de la Fondation de Nant". De manière plutôt surprenante, on peut noter que rien ne permet de rattacher cette dénomination au milieu médical, soignant ou hospitalier, ni à quoi que ce soit en lien avec la folie, les troubles psychiques ou les maladies mentales. Il est d'ailleurs intéressant de relever la définition de "Fondation":

La fondation est l'acte par lequel une ou plusieurs personnes physiques ou morales décident l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources à la réalisation d'une oeuvre d'intérêt général et à but non lucratif. Lorsque l'acte de fondation a pour but la création d'une personne morale, la fondation ne jouit de la capacité juridique qu'à compter de la date d'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat accordant la reconnaissance d'utilité publique. Elle acquiert alors le statut de fondation reconnue d'utilité publique. (<http://www.cf-fondations.fr/creer-une-fondation/quest-ce-quune-fondation/definition-dune-fondation-1/> consulté le 30.06.2010).

On voit donc que la notion de fondation comporte des idées *d'intérêt général* et *d'utilité publique* à but *non lucratif*, et nous verrons qu'un même ordre d'idée ressort du corps du texte.

En ce qui concerne le destinataire, celui-ci est désigné par les civilités courantes, à savoir "Madame, Mademoiselle, Monsieur". On voit donc encore une fois que rien ne nous permet, dans le discours, de catégoriser ces personnes en tant que "malade mental" ou de "fou", ni même comme "patient d'un hôpital psychiatrique". Cette catégorisation n'est possible qu'à l'aide du contexte de réception du texte, puisque cela se fait dans une chambre d'hôpital psychiatrique. Néanmoins, tout se passe comme si ce texte cherchait précisément à faire oublier le contexte.

Cette catégorisation en tant que citoyen plutôt qu'en tant que "fou" ou "malade" se poursuit dans le texte. En effet, si le texte parle cette fois d'hôpital et d'hospitalisation, il précise que cette hospitalisation "répond à une souffrance psychique qui peut être difficile à traverser pour vous-même et votre entourage". Plus loin, on parle de "cette difficulté". Les aspects de maladie ne sont donc absolument pas évoqués, et celle-ci est vue comme quelque chose de transitoire, d'éphémère, puisqu'on ne fait que la "traverser". S'en dégage l'idée d'un patient comme une personne absolument "normale", mais qui traverse une mauvaise passe, ce qui peut arriver à tout le monde.

Ce type de catégorisation me semble particulièrement pertinent. En effet, comme nous le rappelle Widmer (1999bis :201) *"si une information concerne une catégorie collective et si je me considère membre de cette catégorie, alors cette information me concerne en tant que membre de cette catégorie et je dois/devrais m'y intéresser"*. Or, on comprend vite les problèmes d'identification que poserait une catégorisation du patient comme malade mental ou comme "fou", alors que le but est justement que chaque patient s'intéresse et lise la brochure. Cette manière adoucie, et plus générale, de catégoriser le patient est donc un moyen pour permettre une plus grande identification à la catégorie de patient psychiatrique, notamment en y enlevant la connotation négative. Néanmoins, on peut voir que même une formule telle que "nous savons que cette hospitalisation répond à une souffrance psychique qui peut être difficile à traverser" peut poser problème, notamment pour les patients qui souffrent de maladies égo-syntones ou qui sont en phase de déni, et risquent donc de ne pas se reconnaître là-dedans.

D'autre part, le texte parle d'un séjour qui doit être "confortable et fructueux", "utile et agréable", grâce aux soins basés sur la "confiance mutuelle" avec une équipe soignante qui fera "tout ce qui est dans ses possibilités". On retrouve donc un discours de bien-être et de soins, avec un aspect très positif, qui construit l'hôpital psychiatrique presque comme un "lieu de vacances", et l'institution comme un pourvoyeur de service.

En dernière analyse de cette lettre d'introduction, je relèverai qu'une certaine construction du "bon patient" s'en dégage. Celui-ci doit exprimer ses souhaits et ses critiques aux soignants et aux médecins afin d'améliorer l'organisation de son traitement, il doit instaurer une relation de confiance mutuelle avec l'équipe soignante et participer activement aux soins. Ceci n'est pas négligeable puisque, selon Karsenty et Falzon (1993 :1),

depuis les travaux du philosophe J.L. Austin (1962), on a été amené à concevoir le langage comme action: quand un individu A s'adresse à un individu B, il cherche à faire quelque chose, et plus

exactement à transformer les représentations de choses et de buts d'autrui, plutôt qu'à uniquement dire quelque chose.

On peut donc imaginer que cette lettre d'introduction tente d'avoir un effet performatif, et de faire adhérer le lecteur à la vision du monde possible de l'institution.

Il semblerait donc que cette première présentation au patient ait un double effet. Dans un premier temps, elle dédramatise la situation, en construisant le patient comme un "citoyen normal" et en occultant en grande partie les questions de maladie, de problèmes psychiatriques et d'hospitalisation. Dans un deuxième temps, elle encourage le patient à entrer dans une carrière de "bon patient".

La brochure d'accueil: les quatre feuillets

Dans cette deuxième partie de la brochure d'accueil, le patient est cette fois plus facilement dénommé comme tel. On parle donc généralement de "personne hospitalisée" ou de "patient". On y retrouve néanmoins une double conception de celui-ci. En effet, ce qui est dit nous rappelle le reclus goffmanien (Goffman 1968), qui est dépouillé à son arrivée à l'hôpital, et dont chaque instant de vie est réglé par l'institution. Ainsi, dans la brochure, on explique au patient qu'il ne pourra avoir de visites que l'après-midi, en dehors des activités thérapeutiques et pas plus tard que 20h; que si par chance il est autorisé à sortir, il devra être de retour avant 20h; qu'il ne pourra pas avoir de relations sexuelles pendant son séjour; etc. De même, dans le feuillet Admission, on lui explique qu'il ne pourra pas conserver avec lui ses médicaments personnels, ses valeurs, et ses animaux de compagnie.

Néanmoins, la manière de dire vient contrebalancer cela. En effet, le patient y est conçu comme une personne de droit et de devoir, qui doit donner un consentement, qui peut ériger des directives anticipées, faire recours, faire appel à une médiatrice, etc. Cependant, comme il a été dit précédemment, en considérant le lectorat auquel s'adresse cette brochure et le moment auquel on suppose que ces personnes lisent la brochure, on peut se demander dans quelle mesure cette construction du patient capable d'utiliser ses droits englobe la totalité du lectorat.

Cette volonté d'englober la totalité du lectorat est toutefois exprimée dans les savoirs partagés présumés chez le destinataire. En effet, ceux-ci sont extrêmement basiques, et aucune connaissance du fonctionnement "normal" d'un hôpital, qu'il soit somatique ou psychiatrique, ne semble être requise pour comprendre le texte de cette brochure d'accueil. On va donc jusqu'à expliciter des interdictions qui sont pourtant déjà existantes dans notre société, ou sont de l'ordre du "bon sens" dans un hôpital, telles que l'interdiction d'utiliser des

drogues, de détenir du matériel illicite ou potentiellement dangereux, ou de détériorer le matériel et le mobilier.

On pourrait envisager que l'énonciateur prenne la peine d'explicitier cela car il présuppose que ces règles ne vont pas de soi pour le destinataire. En effet, certains patients sont alcooliques ou toxicomanes, d'autres, dans des périodes de crise, peuvent devenir violents. Néanmoins, il me semble qu'il s'agit surtout, pour l'hôpital, de se protéger contre d'éventuelles plaintes des patients ou de son entourage. En effet, puisque ces interdictions sont écrites noir sur blanc dans cette brochure, un patient peut être renvoyé s'il consomme des drogues sans autre formalité, puisqu'il avait été prévenu dès le départ.

C'est également l'un des aspects qui ressort de cette brochure, à savoir la nécessité pour la Fondation de Nant de se protéger et de se désresponsabiliser, tout en cherchant une certaine légitimation de ses actes. Que penser par exemple de la phrase "votre admission à l'hôpital s'est faite après un entretien médical"? Une telle phrase, prise au sens de l'information pure, n'a aucun intérêt. Le patient n'apprend rien. Il semblerait donc que cette information soit là pour légitimer toutes les informations qui suivent. C'est un médecin qui a fait l'entretien et qui a décidé que le patient devait être admis à l'hôpital. La Fondation de Nant n'est pas responsable de cette admission. D'autre part, étant donné que cela a été décidé par un médecin, le patient devra donc se conformer aux règles qui suivent.

De la même manière, cette brochure se réfère fréquemment au droit suisse et aux lois. En ce sens, il est intéressant de rappeler ce que dit la théorie de la référence, explicitée par Veron (1980 :62-63):

Toute référence est de la nature d'un *renvoi*; "se référer à" quelque chose est *renvoyer* à cette chose. On a affaire donc à au moins deux termes plus une relation. L'un des termes est l'"origine" et l'autre la "destination", le "point d'application", si l'on peut dire, de l'opération "se référer". [...] Si la référence est toujours un renvoi pris en charge par des signes (un texte, un discours), qui fonctionnent comme *renvoyant*, le *renvoyé* est, lui aussi, de l'ordre des signes, des textes, des discours. [...] *Dans la référencement, opération propre à un signe, ce qui est visé c'est un autre signe.* [...] si un signe renvoie à un autre comme "référence", c'est parce que *le premier cherche dans le deuxième sa propre légitimité.* Le rapport instauré par la référence est, autrement dit, *de l'ordre de la caution.* [...] *Si dans la référencement, un signe vise un autre signe, c'est parce que le premier a besoin du second pour instaurer sa propre crédibilité.*

Dès lors, il semblerait que l'institution psychiatrique, en mal de reconnaissance et de crédibilité, aurait besoin de ces références au droit, aux lois, et aux médecins (mais non pas aux psychiatres) pour légitimer ses actions. Cela peut se comprendre en tenant compte des

a priori souvent négatifs envers les "asiles", et tous les stéréotypes qui s'y rattachent. On peut notamment mentionner les croyances selon lesquelles on peut enfermer des gens sans raison valable, ou pour des raisons morales plutôt que médicales, et que les patients sont maltraités ou que, lorsqu'on rentre à l'asile, on n'en sort plus jamais.

Pour terminer, j'aimerais également souligner qu'ici l'énonciateur est absent. Le "nous" a totalement disparu, comme si ce n'était plus la direction et le personnel de la Fondation de Nant, mais l'Institution elle-même qui parlait. Ce changement se fait également ressentir dans l'énonciation. Ainsi, dans la lettre introductive, les émotions humaines étaient saillantes, *on savait* que les personnes souffraient, *on souhaitait* que le séjour se passe bien. Dans les feuillets, il ne s'agit plus de penser, de souhaiter ou de savoir. Ce qui est énoncé, ce sont des faits. Les choses sont telles qu'elles sont dites dans les feuillets et aucune alternative n'est possible. Le "monde objectif" est ainsi imposé, de telle manière qu'il est impossible de le contester.

Mais à la disparition de l'énonciateur correspond également l'apparition de nombreux acteurs au sein de l'institution: l'équipe soignante, l'équipe infirmière, la réception, le service d'entretien, la diététicienne, le médecin, etc. D'autre part, c'est essentiellement l'équipe soignante qui reprend ici le rôle de "pourvoyeur de service" assumé par l'institution dans la lettre d'introduction.

La communication informelle de la Fondation de Nant

Ces analyses de la communication institutionnelle étant faite, il m'a semblé pertinent d'identifier la manière dont ceci est repris dans la communication informelle quotidienne au sein de l'hôpital de Nant. Deux remarques préliminaires sont néanmoins à faire. D'une part, je tiens à rappeler que mes observations à l'Hôpital de Nant ne se sont faites que sur une journée, pendant environ quatre heures de temps. Ainsi, il faut donc être prudent quant aux résultats obtenus et à la possibilité de généraliser ces remarques. D'autre part, je parlerai ici de la communication informelle au sens large, ne me focalisant pas uniquement sur la communication verbale.

Le patient comme citoyen

Dans la communication institutionnelle, nous avons vu que le patient était essentiellement construit comme un citoyen, répondant à des droits et des devoirs, et non comme malade, comme "fou", ou comme patient d'un hôpital psychiatrique. Ceci était fait en omettant, dans le discours, la majeure partie des références au contexte hospitalier ou psychiatrique, tout en explicitant les différents droits et devoirs dont le patient bénéficie au sein de l'hôpital.

De manière très intéressante, ceci est également reproduit en partie dans la communication informelle. D'une part, lorsque l'équipe soignante parle d'un patient, elle parle toujours de "Monsieur X", et non du "Patient X". Mais, de manière plus surprenante encore, l'hôpital a tenté d'éliminer les signes extérieurs permettant de différencier patients et équipe soignante. Ainsi, il n'y a pas "d'uniforme" ou de "pyjamas" pour les patients, ni de blouses blanches pour l'équipe soignante. Celle-ci ne porte pas de badges non plus, et patients et personnel partagent la même cafétéria, de sorte que le non-initié se trouve bien emprunté lorsqu'il doit différencier les patients des médecins et infirmiers.

Néanmoins, cette différenciation se fait en partie par la ségrégation de l'espace. Ainsi, si le fumoir et les chambres sont réservés exclusivement aux patients, ceux-ci n'ont pas de droit d'entrée dans "l'aquarium", le bureau vitré des infirmiers, où l'équipe soignante a passé la majeure partie de son temps lorsque j'étais présente. En effet, lors de ma présence sur le service j'ai été frappée par le peu d'interactions entre les patients et le personnel soignant, pour un hôpital qui prône les relations comme thérapie. Renseignements pris auprès de l'équipe soignante et de Monsieur Skuza, il semblerait que cette journée ait été particulièrement chargée, et qu'ils passent habituellement plus de temps avec les patients. Mais cette ségrégation de l'espace se retrouve également à la cafétéria où, s'ils partagent la même salle, patients et soignants ne s'asseyent pas aux mêmes tables⁶.

Si cette catégorisation des patients en tant que citoyen semble dominer, je soulèverai ici deux exceptions que j'ai pu observer. D'une part, lorsque nous sommes arrivés à l'Hôpital de Nant, nous avons eu une discussion avec l'ICUS (Infirmier Chef de l'Unité de Soins) qui nous a donné des informations générales sur l'Hôpital, ses fonctions et son fonctionnement. A ce moment-là, il a utilisé le terme de "clientèle" pour parler des patients, même s'il a montré un peu de réticence avant de prononcer ce mot. Ce terme est particulièrement intéressant lorsqu'on le met en contraste avec la définition du mot "fondation" donnée plus tôt dans ce travail, à savoir qu'une fondation est normalement à but non lucratif. Enfin, l'autre manière de catégoriser les patients était utilisée sous forme de blague entre le personnel soignant qui parlait "des fous". Un médecin, en arrivant, nous a lancé une blague qui, si je ne m'en souviens pas mot pour mot, disait à peu près cela: "alors ça y'est, vous avez vu les fous? Ils sont calmes aujourd'hui, on leur a donné des calmants pour qu'ils vous fassent bonne impression".

⁶ Cette information me vient de discussions avec Monsieur Skuza et Madame Lê Van lors du séminaire de *Sociologie de la Communication et de la Culture*, et n'est pas issue de mes observations directes.

Enfin, en ce qui concerne la personne de droit et de devoir, celle-ci est également fortement présente, mais de manière plutôt implicite, au sein de l'institution. Ainsi, lorsque nous étions sur le service, quatre ou cinq patients étaient sous le coup de mesures de contraintes, ne pouvant pas sortir de leur chambre ou du service. D'autre part, les règles que j'avais estimées de "bon sens" et très "basiques", comme l'interdiction de prendre des drogues ou d'user de la violence semblaient effectivement nécessaires. D'une part, une toxicomane avait montré des traces de méthadone dans son urine peu après son arrivée à l'hôpital. D'autre part, lors de la remise, nous avons appris qu'un patient s'était fait renvoyer pour avoir fugué en menaçant de "tout péter".

Le Bon et le Mauvais Patient

En l'espace de quelques heures sur le service, nous avons pu voir les figures du bon et du mauvais patients se dégager de certaines interactions. En effet, certaines actions des patients étaient accueillies de manière très positive par l'équipe soignante, alors que d'autres étaient vues comme négatives et/ou discutées de manière ironique.

Le bon patient est donc quelqu'un qui prend soin de lui, qui s'occupe de son apparence physique, et qui "se bouge", "se mobilise de plus en plus". Ainsi, l'équipe soignante, lors de la remise, a parlé de manière très positive d'un patient qui avait fait "du sport à haute dose" durant le week-end. Pendant l'apéritif de départ, une infirmière et une assistante sociale se sont également réjouies d'un patient "tout beau avec une belle chemise de lin blanc" que l'assistante sociale avait croisé la veille. Ceci a été interprété par l'équipe soignante comme un signe de guérison, qui montrait que le patient allait "super bien" et qu'il pourrait bientôt sortir de l'hôpital.

A l'inverse, le mauvais patient est celui qui ne respecte pas le règlement, qui n'arrive pas encore à être responsable de lui-même ou de l'argent qu'on lui donne, qui fugue, qui se montre violent, ou qui s'installe dans la chronicité.

Durant notre présence sur le service de Ghibli, une toxicomane a dû faire une analyse d'urine car elle avait été testée positive à la méthadone quelques jours après son entrée à l'hôpital. Ceci a été accueilli de manière très négative par l'infirmière, qui nous a dit que soit les traces de méthadone retrouvées la première fois étaient réellement liées à une consommation antérieure à l'hospitalisation, "soit elle se fout de notre gueule et elle est allée consommer je ne sais où".

Lors de la remise, nous avons aussi appris qu'un patient avait donné 20frs à un autre patient, visiblement manipulateur, qui lui avait promis qu'il pourrait les récupérer à la réception.

L'équipe soignante a réagi de manière semi-amusée, semi-exaspérée, répétant qu'on avait déjà dit à ce monsieur de ne pas donner d'argent à l'autre patient.

Enfin, nous avons également assisté à la ré-admission d'une patiente qui "revient tous les deux mois" et dont la ré-admission a alimenté les conversations toute la journée, sous forme d'ironie et de scepticisme.

Si cette limite entre bon et mauvais patient semble très nette, elle est pourtant relativement fine. En effet, lors de la remise, l'infirmière a parlé du cas d'un patient qui avait passé un week-end "plutôt tranquille" et n'avait plus d'idées suicidaires. Ceci peut être interprété de manière positive, comme une voie vers la guérison. Néanmoins, l'infirmière considérait qu'il "banalisait complètement la situation", et l'équipe soignante avait donc passé le week-end à essayer de dramatiser la situation, sans succès. De plus, le patient avait passé son week-end à dépasser les limites, en draguant l'infirmière et en la tutoyant tout en disant qu'il savait qu'il ne devrait pas faire cela. Sa connaissance des règles et normes en vigueur pourrait donc lui permettre d'être catégorisé comme "bon patient", mais son incapacité à les respecter le balaye au rang de "mauvais patient".

La Maladie

Il est intéressant de noter que l'infirmière qui parlait du cas de ce patient a avoué ne pas savoir si son attitude faisait partie de sa pathologie, ou s'il le faisait exprès. Elle a également exprimé des inquiétudes quant à ce patient qui avait de plus en plus d'hallucinations.

On voit donc que, alors que la maladie était essentiellement occultée dans la communication institutionnelle, celle-ci est fortement présente dans le discours informel. Elle est d'ailleurs souvent présente de manière implicite, à travers la médication. Ainsi, l'équipe soignante nous a expliqué que chaque patient avait des médicaments à prendre matin, midi et soir. Cela trahit une idée du trouble psychique comme maladie, qui se soigne essentiellement par la médication. En plus de ce traitement quotidien, chacun a des médicaments de réserve, qu'il peut venir demander au bureau des infirmiers jusqu'à trois fois par jour. Généralement, ce sont des médicaments contre l'anxiété ou la douleur. Si ces trois médicaments de réserve ne suffisent pas, alors le traitement est réévalué.

En grande partie occultée dans la communication institutionnelle, dans laquelle elle est désignée comme "souffrance psychique difficile à traverser" ou comme une "difficulté", la maladie structure en creux tout le fonctionnement de l'hôpital. Il ne s'agit que de traiter la maladie, d'observer son évolution, de modifier le traitement en fonction de cela, et de distinguer, chez le patient, ce qui relève de sa maladie et ce qui relève de sa "part normale".

D'autre part, si elle était considérée dans la communication institutionnelle comme une "mauvaise passe", mais comme quelque chose d'éphémère et de passager, une discussion avec l'ICUS nous a montré que dans la pratique, celle-ci n'était pas perçue de la même manière. En effet, l'ICUS nous a expliqué que, chaque jour, ils avaient de nouveaux patients qui arrivaient. Etant donné le peu de place sur le service (quatorze lits), ils devaient faire sortir des patients chaque jour. Ceci a pour conséquence qu'il y a un certain nombre de réadmissions, puisque certains patients doivent sortir alors qu'ils ne sont pas encore réellement prêts à cela. D'autre part, la chronicité semblait être une préoccupation centrale de l'équipe soignante, comme nous avons pu l'observer lors de la réadmission de la patiente chronique.

Conclusion

En résumé, le but de cette analyse était de comparer la communication institutionnelle et la communication informelle de la Fondation de Nant. Pour ce faire, je me suis penchée sur deux types de matériel, à savoir la brochure d'accueil donnée à chaque patient à son arrivée à l'hôpital, ainsi que mes notes de terrain que j'avais rédigées à l'issue d'une journée d'observation sur le service de Ghibli le 26 avril 2010. Pour l'analyse de la brochure, j'ai mis en pratique quelques éléments des méthodes d'analyse de discours, d'analyse énonciative et d'analyse des catégorisations.

En comparant ces deux types de communication de la Fondation de Nant, il semblerait qu'elles soient plutôt cohérentes entre elles, bien que la ligne fixée dans la communication institutionnelle soit parfois plus compliquée à tenir dans la communication informelle. Ainsi, il semblerait que ce soit une volonté de la Fondation que de catégoriser le patient en terme de "citoyen", plutôt qu'en termes de malade ou de "fou". On s'adresse au patient et parle du patient en tant que Monsieur, Madame ou Mademoiselle. Les éléments du contexte qui pourraient encourager à catégoriser le patient comme tel ont tendance à être gommés. C'est ainsi que dans la communication institutionnelle, les dispositifs de catégorisation de l'hôpital, de la maladie ou du psychiatrique sont utilisés de manière minimale. Dans la communication informelle, on a cherché à éliminer tout signe distinctif permettant de différencier patients et soignants. Néanmoins, on voit que si cela correspond à une volonté de l'institution, ces différences ont tendance à réapparaître en terme de ségrégation de l'espace.

En ce qui concerne la folie, ou la maladie, celle-ci est essentiellement absente de la communication institutionnelle. Or, dans la communication informelle, on voit qu'elle sous-tend la majeure partie des interactions, que ce soit de manière implicite ou explicite.

Enfin, certaines informations issues de la communication institutionnelle avaient semblé quelque peu "futiles" ou du moins inutiles. En effet, rappeler que l'usage des drogues ou l'usage de la violence au sein de l'hôpital sont interdits semblait relever du bon sens uniquement. Or, il s'est avéré que certains patients pouvaient ne pas respecter ces règles dans la pratique, d'où la nécessité de les expliciter clairement et par écrit.

Pour terminer, je souhaiterais rappeler que la portée de ces analyses mérite d'être nuancée. D'une part, parce que l'analyse de la brochure d'accueil n'a été faite qu'après une courte introduction aux différents concepts et notions d'ethnométhodologie. D'autre part, les observations réalisées sur le service Ghibli, à l'Hôpital de Nant, n'ont été faites qu'en l'espace de quelques heures, et ne reflètent peut-être pas le fonctionnement quotidien de ce service.

Néanmoins, ces données apportent quelques résultats intéressants quant à la communication, et donc aux pratiques de cet hôpital psychiatrique. Si, notamment pour des raisons de limites de temps et de nombre de pages, j'ai choisi de me focaliser sur la Brochure d'accueil, il serait intéressant d'élargir cette analyse à la brochure sur les Mesures de Contrainte et sur les Droits des Patients, qui sont également distribuées à l'arrivée du patient à l'hôpital.

D'autre part, les observations faites sur le site de Corsier-sur-Vevey ont été faites avant que ce projet de recherche ne voit le jour. Ainsi, les données n'ont pas été récoltées spécifiquement pour ce travail, et restaient relativement générales. Une récolte beaucoup plus spécifique et rigoureuse des interactions entre les membres du personnel soignant, ou entre le personnel soignant et les patients permettrait une analyse beaucoup plus fine. De nombreuses pistes de recherche sont donc ouvertes dans cette même lignée.

Annexe: Notes de terrain

Lieu

Le bureau des infirmiers (surnommé "aquarium") est au milieu des deux "centres de vie": le salon, avec la télévision et la petite cuisine, et l'endroit où les patients mangent. En dehors de ces deux lieux de vie, il y a peu d'espace, à part le fumoir, et les chambres. Donc en gros, à moins que les patients soient enfermés dans leur chambre, les soignants ont la vue sur les patients, et vice-versa.

Les lieux communs sont très peu meublés, finalement assez peu accueillants (par exemple, à Sirocco c'est beaucoup plus accueillant, plus vivant). Des livres sont à disposition, les thématiques tournent beaucoup autour de l'amour, mais c'est finalement assez diversifié, il y a même le magazine "Psychologie". Des jeux de société sont également à disposition, ainsi qu'une borne internet. Cependant, il n'y a pas de siège devant la borne, le patient est donc forcé de rester debout. Cela n'est pas très encourageant. Selon Monsieur Skuza, c'est également une volonté de l'hôpital de faire en sorte que les patients se "socialisent" entre eux, ce qui pourrait expliquer cette borne internet "peu accueillante".

Sur les portes, on trouve des affiches pour différentes activités proposées par l'hôpital, notamment du sport tous les mercredis, une sorte de médecine alternative (acupuncture mais au niveau des oreilles) et un groupe de discussion autour des dépendances.

Pour les patients qui n'ont pas le droit de sortir, on retrouve, à l'intérieur de l'aquarium, un "planning" de ce qu'ils doivent / ont le droit de faire, avec les heures de repas, les heures de bains, les heures de traitement, les lieux où ils ont les droits d'accès, etc. Le document est daté avec la date d'entrée en vigueur, et une promesse en bas de document que la situation sera "réévaluée prochainement". Cela fait fortement penser à Goffman et à son analyse des institutions totalitaires.

Patients

Le jour où nous y étions, le service était fermé. Apparemment, plusieurs personnes (4 ou 5) n'avaient pas le droit de sortir, dont un qui n'avait même pas le droit de sortir de sa chambre. Au moment où nous y étions, la plupart des patients "libres" étaient sortis, puisqu'il faisait beau. Le service n'était donc pas

extrêmement occupé. Les patients présents sur le service étaient calmes, presque apathiques. Il y a eu très peu d'échanges entre patients. Il y a juste eu deux hommes assis au salon un moment, avec l'un qui racontait des blagues à l'autre. Au milieu de la blague, la médecin de garde est venue leur apporter un petit bout de papier. Je n'ai pas pu très bien saisir de quoi il s'agissait, mais je crois que c'était leur prochain rendez-vous. L'homme qui écoutait la blague de l'autre s'est mis en colère. Il a dit qu'il aurait dû recevoir cela plus tôt, qu'on le lui avait promis pour hier, et qu'il ne fallait pas promettre des choses si ensuite on ne le faisait pas. La médecin a fui la confrontation, expliquant simplement qu'elle était toute seule pour tous les patients, et elle est repartie sans trop porter d'attention au patient qui s'énervait. L'autre patient n'y a pas non plus prêté grande attention, et il a repris sa blague là où il en était. Il y avait également une dame, assise dans un coin, qui tricotait. Quatre autres patients sont sortis de leur chambre pour le repas. Là aussi, les échanges entre patients semblaient être limités. Lors du repas, l'homme qui ne pouvait pas sortir de sa chambre a refusé de manger. Deux infirmières sont allées le voir pour essayer de l'y persuader. L'ICUS (infirmier chef de l'unité de soin) m'a dit qu'il en discuterait avec lui lors de leur prochain rendez-vous.

"Speech" d'accueil

Lors de notre arrivée, l'ICUS nous a amenés dans une salle de réunion, généralement réservée aux rendez-vous entre patient et soignant. Nous avons discuté pendant un certain temps, il nous a expliqué la division des différentes régions du canton de Vaud pour les hôpitaux psychiatriques, il nous a donné des chiffres sur leur activité, etc. En 20 ans, le nombre d'admission a plus que doublé, passant à plus de 600 admissions par année, avec des séjours en moyenne de 24 jours. J'ai demandé si le fait que le nombre d'admissions par année avait doublé n'était pas non plus lié au fait que la durée de séjour avait diminué. Il m'a répondu en me disant que la causalité était peut-être inverse, et que c'était peut-être parce que la demande avait augmenté que la durée du séjour avait diminué. Il nous a expliqué à quel point le manque de place entrainait en compte dans leur thérapie. Ils ont des arrivées de nouveaux patients presque chaque jour, ce qui signifie également que chaque jour ils doivent faire sortir quelqu'un (ils ont 14 lits dans le service), ce qui a pour conséquence qu'il y a un certain nombre de réadmissions, car les patients n'étaient pas totalement prêts à sortir. Cependant, l'ICUS voit également cela comme une opportunité

thérapeutique, puisqu'on peut "repartir à zéro", en tenant compte de ce qui n'a pas ou pas bien fonctionné lors du premier séjour. De plus, cela remet les comptes à zéro au niveau des assurances également, diminuant les risques de problèmes financiers des patients.

Il est intéressant également de voir que la psychiatrie s'est approprié les catégories civiles en ce qui concerne les âges. A savoir que jusqu'à 18 ans, les patients sont en pédopsychiatrie. De 18 à 65 ans ils sont en psychiatrie adulte. Et à partir de 65 ans, ils sont en psychiatrie de la personne âgée. 18 ans correspond donc à l'âge de la majorité, et 65 ans à l'âge du départ en retraite. Bien qu'il avoue que ces 65 ans correspondent à une catégorie civile, l'ICUS le justifie également en expliquant que ce passage à la retraite est effectivement un grand changement dans la vie des gens, ce qui pose des "problèmes" bien particuliers au niveau de la psychiatrie.

Il est intéressant de voir que dans son discours, l'ICUS a parlé de "clientèle", même s'il a montré un peu de réticence avant de prononcer ce mot.

Dans l'aquarium

"L'aquarium" est entièrement vitré, et situé, comme dit ci-dessus, à l'intersection des deux lieux de vie principaux: le salon, avec la télévision et la petite cuisine, et la salle à manger. Le fait que cela soit entièrement vitré donne l'occasion aux infirmiers de "surveiller" les patients, sans avoir à sortir de leur bureau. A l'inverse, les patients ont également un accès visuel au bureau d'infirmiers.

Il est intéressant de voir que l'aquarium se partage en deux parties: la partie centrale, avec la pharmacie, le bureau, l'ordinateur, un lavabo et du matériel pour diverses analyses (du sang, de l'urine, ...) et une partie "arrière", qui n'est pas vitrée, permettant aux infirmiers d'avoir une certaine intimité. On y trouve également un ordinateur, une petite table basse avec des chaises, et une machine à café.

A cette séparation de l'espace correspond une certaine séparation des tâches. Dans la partie avant, vitrée, les infirmiers s'occupent de l'organisation des soins, l'organisation des médicaments, des éventuels tests sanguins ou d'urine, du travail informatique et administratif, etc. La partie arrière est plutôt réservée à la "détente", aux discussions informelles, etc. On retrouve donc un peu cette "division goffmanienne" avec la partie vitrée qui serait la scène, et la partie non-

vitrée des coulisses. Cela conforte également l'idée de "rôle": lorsque les soignants sont visibles pour les patients, ils doivent assumer leur rôle d'infirmier, de psychiatre, etc. Lorsqu'ils souhaitent échapper à ce rôle, ils vont dans la partie arrière, là où ils ne sont pas visibles pour les patients.

Lorsque nous y étions, plusieurs patients sont venus frapper à la porte du bureau des infirmiers. J'ai pu remarquer que, alors que l'aquarium a deux portes d'accès, les patients viennent toujours du même côté. Ils n'utilisent pas la porte qui ouvre sur la salle à manger, ils utilisent l'autre, celle qui ouvre sur la sortie du service, et du côté de la cuisine. Malheureusement, je n'ai pas pu avoir d'explication sur cela, ni par l'observation ni par les infirmiers, pour qui ce n'est "qu'une question d'habitude". Cependant, c'est souvent depuis cette porte-là que les infirmiers donnent les médicaments aux patients. Monsieur Skuza nous a fait sortir de l'aquarium pour nous montrer que, devant la porte, on pouvait remarquer une tache mate par terre, trace des innombrables piétinements des patients qui attendent leurs médicaments devant la porte.

Une dame a dû faire des analyses d'urine, car, quelques jours avant, ils avaient retrouvé des traces de méthadone dans ses analyses. Cependant, celles-ci pouvaient être dues à une consommation antérieure à l'entrée dans l'hôpital. Cette dame est une toxicomane qui, suite à des infections liées aux injections, a dû se faire amputer d'une jambe. Elle était donc en chaise roulante. Elle montrait une certaine nervosité, restant devant la porte en tournant en rond, et demandant 2 minutes après s'ils avaient déjà les résultats du test. L'infirmière lui a dit que cela prendrait un peu de temps et qu'ils la préviendraient lorsqu'ils auront les résultats. Quelqu'un (stagiaire? Pré-stagiaire? L'un des sociologues?) a demandé à l'infirmière ce que cela signifierait si le test était positif, elle a alors vérifié sur une feuille accrochée à l'intérieur d'une armoire, et a vu que le temps d'élimination complète de la méthadone était de trois jours. Elle a donc répondu que soit les traces de méthadone retrouvées la première fois étaient effectivement liées à une consommation antérieure, "soit elle se fout de notre gueule et elle est allée consommer je ne sais où".

Un peu plus tard, un homme est venu frapper à la porte. Il devait à peine être 11h, et il voulait déjà avoir ses médicaments de midi. L'infirmière lui a répondu que non, ce n'était pas possible, mais qu'il pouvait avoir ses médicaments de réserve, proposition que l'homme a acceptée. Chaque patient a des

médicaments à prendre, généralement matin, midi et soir. Ceux-ci sont consignés dans de petites boîtes personnelles à compartiment, qui sont stockées dans la pharmacie centrale (qui est fermée à clef lorsque les infirmiers s'absentent). A côté de ces médications, qui sont liées à leur traitement, les patients ont des médicaments "de réserve", qui sont souvent des médicaments contre les anxiétés ou contre les douleurs, et qu'ils peuvent demander en attendant la prochaine prise de médicament. Chaque demande de réserve est soigneusement consignée dans le dossier du patient, avec la date, l'heure, la raison de la demande, et la signature de l'infirmier qui la lui a donnée. Le patient n'a le droit qu'à trois médicaments de réserve par jour.

La dame qui avait fait les tests d'urine (qui se sont finalement révélés négatifs à la méthadone) est également venue réclamer un médicament différent de celui qu'on lui donne (contre les douleurs). L'infirmière lui a répondu qu'elle devait d'abord prendre tous ses anti-douleur (les médicaments de réserve) et que, si vraiment cela ne suffisait pas, alors ils discuteraient avec l'équipe soignante pour modifier le traitement.

Remise de midi

Ensuite, nous avons assisté à la remise entre l'équipe du week-end et l'équipe de semaine. La réunion a été interrompue plusieurs fois. Une première fois car le repas venait d'être servi, et le patient non-autorisé à quitter sa chambre refusait de manger. Ensuite, plusieurs personnes sont arrivées lors de la remise (des médecins, infirmiers, etc). De plus, un ouvrier, visiblement connu des infirmiers, est venu annoncer en pleine séance qu'il y aurait une coupure d'électricité dans le courant de l'après-midi. Les premières choses invoqués ont été la lumière et le téléphone, bien entendu, puis l'ouvrier a mis en garde que le service étant momentanément fermé, la sonnette ne marcherait plus non plus avec la coupure d'électricité. Réaction "d'embêtement" chez les infirmiers, avant que l'une demande si l'alarme fonctionnera. L'ouvrier a répondu que oui, l'alarme à incendie resterait en fonction. Mais l'infirmière l'a repris, avec un peu de souci: est-ce que l'alarme d'urgence agression fonctionnerait? L'ouvrier a répondu que non. L'inquiétude s'est faite sentir un moment chez les infirmiers et infirmières présentes, puis il a été rappelé que chacun devrait avoir son téléphone portable sur lui cet après-midi. Cette réaction nous donnait donc un autre aperçu de l'hôpital psychiatrique. En observation directe, nous n'avons pu voir que des

patients calmes, assez apathiques, et en tous cas pas dangereux. Ce souci exprimé par les infirmiers quant à la coupure de l'alarme d'urgence agression laisse penser que la réalité peut être bien autre à certains moments.

En ce qui concerne la remise elle-même, l'infirmière "principale" passe en revue chaque patient, en expliquant le week-end qu'ils ont passé, s'il était plutôt calme ou agité, ce qu'il a fait, avec qui, s'il a eu des visites, s'il y a eu des incidents, les contacts qu'il y a eu entre les patients, etc. Une grande place est également accordée à "la suite", à la sortie de l'hôpital psychiatrique. On dit que Monsieur X est allé visiter des appartements protégés mais que financièrement cela risque d'être difficile et qu'il faudrait donc qu'il prenne rendez-vous avec l'assistante sociale du service, que Madame X a passé le week-end avec son mari et que cela s'est plutôt bien passé même si l'état maniaque est latent et que l'infirmière a l'impression que le discours du mari était plutôt là pour "faire bonne figure". Des côtés très pratiques, et non pas seulement thérapeutiques, sont abordés lors de cette remise. Les visites des juges, l'attente d'une levée du PLAF (privation de liberté à des fins d'assistance), les problèmes financiers, les plaintes d'un patient qui dit ne pas avoir touché ses indemnités de 8frs par jour de toute la semaine, les éventuels transferts de patients, la nécessité de faire appel à une interprète pour dialoguer avec le patient, etc.

Sur les 14 patients passés en revue, six attirent plus particulièrement l'attention:

1. Un homme qui, selon l'infirmière, a fait "du sport à haute dose", faisant des dizaines d'allers-retours de la montée qui mène à l'hôpital. Il a fait une hypoglycémie la nuit et a dû "prendre d'urgence du thé sucré". Les infirmiers interprètent cela positivement, ils disent que ce patient "renaît", qu'il se "mobilise de plus en plus". Il a également eu la visite d'une "dame", mais personne ne sait de qui il s'agit.
2. Un homme qui, à première vue, a passé un week-end "plutôt tranquille" selon l'infirmière. Il dit qu'il n'a plus d'idée suicidaire et banalise complètement sa situation. En réaction, les infirmiers ont essayé de dramatiser cette situation mais cela n'a pas fonctionné. Tout le week-end, il a tenté de dépasser les limites, draguant l'infirmière, la tutoyant tout en disant qu'il sait qu'il ne devrait pas le faire, etc. L'infirmière avoue ne pas savoir si cela fait partie de sa pathologie ou s'il le fait exprès. Elle exprime également de l'inquiétude car ce patient est au chômage depuis deux mois et sa femme ne travaille pas. Ils doivent donc

contacter l'assistante sociale. De plus, il a de plus en plus d'hallucinations, il se voit dans les tours du 11 septembre. L'ICUS a demandé s'il s'agissait d'hallucinations ou s'il était délirant, mais les infirmières pensent qu'il s'agit réellement d'hallucinations car l'homme sent même la chaleur des flammes. L'ICUS fait remarquer que, depuis vendredi, ils ont introduit des anti-dépresseurs dans la médication de cet homme, et que cela pourrait peut-être être la cause de ces hallucinations.

3. Un homme qui souffre de problèmes de diarrhée et cherche de l'attention, notamment en faisant des blagues à qui veut bien l'entendre sur sont "transit intestinal". De plus, il a un régime particulier constipant, et il râle car il dit que ce n'est pas bon et qu'il veut manger comme les autres. Il a toujours des vertiges et, pendant le week-end, il est tombé de son lit. Ainsi, il a l'œil ensanglanté. Il reçoit 8francs d'indemnités par jour mais se plaint de ne pas les recevoir régulièrement. Il a également prêté 20frs à un autre patient (visiblement manipulateur) qui lui avait dit qu'il pourrait les récupérer à la réception. Les infirmiers lui ont répété de ne pas donner de l'argent à cet homme. L'ICUS a dit clairement que "bon ben il les a perdu ses 20 francs!". L'homme a eu des contacts avec un tuteur pour aller en post-cure à P. En ce qui concerne les huit mois de prison qu'il a faits pour abus sexuels, il s'agirait en fait uniquement d'attouchements, mais cela ne semble pas clair.
4. Un homme qui a fugué le jeudi en menaçant de "tout péter". Il a donc été expulsé vendredi de l'hôpital. Il est rentré le samedi, en faisant "profil bas" et en jouant le "bon élève". Il a dû signer un contrat écrit, et il n'a plus le droit de quitter le service. On lui a fait relire les règles ainsi que les explications des mesures prises contre lui (notamment l'interdiction de quitter le service). Il l'a bien compris et a remercié l'équipe soignante de la clareté des documents. Il doit attendre la levée du PLAFA. "En attendant, et bien il doit faire avec nous, et nous avec lui!"
5. Un monsieur qui a passé une "assez bonne nuit", et qui est moins bruyant. L'infirmière donne son pattern de nuit exact (dormi de telle à telle heure, puis s'est levé pour fumer une cigarette, est retourné se coucher à telle heure jusqu'à telle heure, s'est re-levé pour fumer une cigarette, etc.). L'infirmière rapporte sur un ton un peu ironique que le patient se plaint qu'il dort trop et qu'ils sont en train de lui inverser son rythme. L'ICUS la reprend en lui disant qu'il a raison, que c'est vrai, puisque avant il ne dormait pas la nuit. Parfois, le patient se sent encore persécuté, parfois pas. Une des infirmières a vu les photos de son ancien

appartement, et pour quelqu'un en décompensation, ce n'est "pas si terrible". L'équipe discute l'état de la lutte entre la famille et l'équipe soignante. La famille porte plainte contre le réseau, car elle aurait souhaité que l'équipe l'interne d'office beaucoup plus tôt, et accuse le réseau de ne pas suffisamment bien s'occuper du patient. L'une des infirmières principales décide de reprendre ce cas pour en parler en colloque cet après-midi.

6. Un homme qui a fugué durant le week-end. Cet homme est tombé malade, et c'était compliqué de le soigner alors qu'il était "en porte fermée" (je ne sais pas s'ils parlaient de la porte de sa chambre ou du service). Finalement, il a été transféré à l'hôpital "normal", où les infirmiers en psychiatrie se sont fait "engueulés" car l'homme avait de la fièvre depuis 3 jours, et ils auraient dû l'amener plus tôt. En quittant l'hôpital psychiatrique, le patient souhaitait récupérer toutes ses cartes, ce qui lui a été refusé. Il s'est donc retrouvé hospitalisé dans un hôpital "somatique", et il a fugué. Il est donc actuellement "dans la nature" et sans médicament. La police a été alertée, et il est recherché activement.

A la fin de la remise, les infirmiers ont aussi évoqué deux arrivées, l'une cette après-midi et une autre demain. Ils ont donc discuté de qui faire sortir de l'hôpital pour faire de la place aux deux nouveaux arrivants. Pour l'une des places c'était tout bon, puisqu'une des patientes actuelles devait sortir le lendemain. Pour la deuxième place, on pensait libérer la chambre de l'homme qui a fugué, puisque de toutes façons lorsqu'il sera retrouvé, il devra être d'abord soigné à l'hôpital somatique. Mais une infirmière a insisté qu'il fallait lui garder sa chambre pour son retour. Ils ont évoqué l'éventualité de faire sortir l'un des patients qui allait de mieux en mieux.

Soignants

L'équipe soignante a été très accueillante avec nous, ils étaient sympathiques et prêts à répondre à toutes nos questions. Il est intéressant de voir que, dans leurs discussions, il n'y a jamais de frontière nette entre les discussions professionnelles ou privées. Elles se mélangent continuellement, passant naturellement de l'un à l'autre. Par exemple, l'assistante sociale disait à une infirmière, de manière très informelle, qu'elle avait croisé Monsieur X qui était tout beau, avec une belle chemise de lin blanc, etc. Ce qui, dans la vie de tous les jours, serait de l'ordre des "potins" a tourné, dans ce contexte, à une discussion professionnelle puisque l'infirmière y a répondu en reprenant cela comme signe

de l'amélioration de l'état de Monsieur X, qui va "super bien" en ce moment, et qu'il pourra probablement bientôt quitter l'hôpital.

Cependant, j'ai été assez surprise de voir que, du moins pendant que nous y étions, l'équipe soignante se mélangeait très peu aux patients. Ils restaient dans l'aquarium et ne s'adressaient aux patients que lorsque ceux-ci venaient frapper à la porte, notamment pour demander des réserves. J'ai interrogé l'une des infirmières à ce sujet, elle m'a dit que oui, quand ils avaient du temps ils passaient du temps avec les patients, mais que cela n'était pas le cas aujourd'hui. Elle a semblé un peu irritée par ma question. J'ai vu les infirmiers interagir avec les patients à deux seules occasions. Un infirmier est sorti et est allé discuter, de lui-même, avec un patient. Il a dû discuter avec lui un bon quart d'heure. J'ai été tentée de les rejoindre, mais me suis laissée décourager, ne sachant pas comment "m'incruster" dans la discussion, et ne souhaitant pas paraître trop intrusive.

La deuxième fois, c'était après la coupure de courant. Un homme était en train de regarder la télévision lorsque la coupure de courant est intervenue. Il s'est donc levé et essayait, de manière continue, d'allumer la télévision. Une infirmière est donc sortie lui expliquer que cela ne servait à rien d'appuyer sur le bouton, car il s'agissait d'une coupure de courant.

J'ai également remarqué que les soignants, entre eux, étaient souvent "ironiques" face aux patients, se moquant un peu d'eux (mais pas méchamment). Par exemple, l'infirmière qui est allée expliquer à ce monsieur qu'il ne servait à rien d'appuyer 20 fois sur le bouton, est rentrée dans l'aquarium en nous racontant cela, visiblement amusée. Il est arrivé également qu'un patient frappe à la porte, qu'une infirmière aille lui répondre, et qu'en rentrant elle nous regarde en levant les yeux au ciel. Même chose lorsque le patient, mentionné plus haut, se plaignait qu'il dormait trop et que l'équipe soignante était en train de lui changer son rythme de sommeil, l'infirmière racontait cela d'un ton ironique, puisque le rythme de sommeil qu'il était en train d'adopter était en fait le rythme "normal".

Enfin, entre eux, l'équipe soignante a tendance à beaucoup plaisanter, et ces plaisanteries tournent en général autour de trois thèmes principaux. Premièrement, ils plaisantent facilement sur le thème qu'ils "glandent", "ne travaillent pas", "ne font rien". Vers midi, nous avons assisté à un "apéro de

départ" d'un des infirmiers, et l'équipe riait de nous affirmer que "c'est comme ça tous les jours évidemment". Lorsque nous avons rencontré des infirmiers en train de dîner à la cafétéria, ils ont plaisanté sur le fait que leur pause devait durer "au moins deux heures" et que, lorsqu'ils retourneraient sur le service, ils passeraient de leur pause où ils ne font rien, à leur travail où ils ne font rien non plus.

L'autre sujet de plaisanterie était une inversion des rôles entre le "fou" et le soignant. Des blagues du genre "je ne suis pas toujours comme ça mais je n'ai pas pris mes médicaments ce matin", "lui c'est un patient chronique, cela fait 7 ans qu'il est là" (alors qu'il s'agit du médecin psychiatre), etc.

Enfin, un dernier thème de plaisanterie qui re-venait souvent, mais celui-ci a peut-être pris de l'importance dû à notre présence d'observateur externe, c'est la réaffirmation des stéréotypes habituellement véhiculés autour des hôpitaux psychiatriques, tout ce qui concerne la maltraitance, la folie à l'extrême des patients, la séquestration, etc.

Sirocco

Suite à notre observation à Ghibli, nous nous sommes rendus sur le service de Sirocco. Le service et sa disposition sont très similaires à Ghibli, cependant j'ai trouvé que Sirocco semblait "plus accueillant", et les lieux de vie donnaient plus envie de s'y attarder. Il y avait un peu plus de meubles, un baby-foot, des plantes vertes. Tout cela donnait un air plus chaleureux à l'endroit. Cependant, contrairement à Ghibli, le service de Sirocco était complètement ouvert, ce qui a pu également contribuer à cette différence d'ambiance.

Nous avons croisé quelques patients, l'un d'eux semblait être le "stéréotype du fou". Il avait le regard dans le vague, quand il nous regardait il semblait ne pas nous voir, et il déambulait dans tout le service en chantant du rap à tue-tête. Monsieur Skuza nous a dit que, généralement, quand il n'allait pas bien il rappait, signe donc que son état s'était aggravé à nouveau.

Dans le fumoir, il n'y avait plus de télé. Monsieur Skuza nous a expliqué que les soignants l'avaient enlevé, car les patients passaient des heures à fumer leur cigarette devant la télé, et que cela empêchait les contacts sociaux entre patients ou entre patients et soignants. Pour rappel, c'est l'un des souhaits à l'hôpital de Nant, que d'utiliser les contacts sociaux entre patients et entre patients et soignants comme thérapie.

Ce qui était amusant, c'est que les patients avaient écaillé les lettres sur le bureau d'infirmiers, de telle sorte qu'il était écrit "bureau d'infirmes". Cela fait penser encore une fois à Goffman, et à ces tactiques que les *inmates* mettent en place à l'intérieur d'institutions totales, afin d'échapper un peu au rôle dans lequel on veut les enfermer, et de modifier ne serait-ce qu'un tout petit peu les rapports de pouvoir.

Admission de Madame Y

Juste avant notre départ, nous avons pu assister à la réadmission de Madame Y. Cela avait beaucoup fait parler l'équipe soignante durant toute la journée, car, visiblement, c'était une patiente "habituée", qui revenait presque tous les deux mois à l'hôpital.

Madame Y est arrivée escortée par trois ambulanciers. Elle avait une démarche lente, le regard vide. L'ambulancière est venue dans l'aquarium, en demandant s'ils la connaissaient déjà. L'infirmière a affirmé que oui. Elle avait un ton et une attitude ironique et sceptique. L'ambulancière a expliqué que Madame Y était connue pour schizophrénie, que son état dépressif s'était aggravé récemment. Son médecin lui a donc proposé de revenir ici, elle y a réfléchi pendant 2-3 jours puis a finalement accepté.

L'infirmière a dû signer un papier, puis est allée montrer sa chambre à Madame Y. Elle a ensuite appelé le médecin psychiatre, qui était en colloque avec le reste de l'équipe (infirmiers, ICUS, assistante sociale, ...), car pour faire une admission il faut la signature du psychiatre et d'une infirmière.

Bibliographie

- Acklin Muji, D., Bovet, A. et al. (2007). "De la sociologie à l'analyse de discours, et retour. En hommage à Jean Widmer." Réseaux 5(144): 267-277.
- Amiel, P. (2004). Ethnométhodologie appliquée. Eléments de sociologie praxéologique. Paris, Presses du Laboratoire d'ethnométhodologie appliquée LEMA.
- Barrett, R. (2006). The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. Cambridge, Cambridge University Press.
- Barthélémy, M. (1999). "La lecture-en-action: entre le présupposé d'un monde objectif et son accomplissement situé." Langage et société(89): 95-121.
- Berthoud, A.-C. and L. Mondada (1995). "Traitement du topic, processus énonciatifs et séquences conversationnelles." Cahiers de linguistique française(17): 95-121.
- Bourdieu, P. (2001). Langage et pouvoir symbolique. Paris, Seuil.
- Castel, R. (1978). L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme. Paris, Ed. de minuit.
- Castel, R. (1981). La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse. Paris, Les éditions de minuit.
- Conein, B. (1983). "Langage ordinaire et conversation: recherches sociologiques en analyse du discours." Mots(7): 125-142.
- Darmon, M. (2005). "Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain." Genèse 1(58).
- Donati, F. (1989). "A Psychodynamic Observer in a Chronic Psychiatric Ward." British Journal of Psychotherapy 5(3): 317-329.
- Donati, F. (2000). Madness and morale: a chronic psychiatric ward. Observing organisations. Anxiety, defence and culture in health care. R. D. Hinshelwood and W. Skogstad. London, Routledge: 29-43.
- Estroff, S. E. (1985). Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community. Berkeley, University of California Press.
- Estroff, S. E. (1991). "Everybody's Got a Little Mental Illness: Accounts of Illness and Self among People with Severe, Persistent Mental Illnesses." Medical Anthropology Quarterly, New Series 5(4): 331-369.
- Foucault, M. (1997). Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (2003). Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France (1973-1974) Paris, Gallimard.

- Goffman, E. (1968). Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux. Paris, Les éditions de minuit.
- Goffman, E. (1984). La présentation de soi dans la vie quotidienne. Harmondsworth, Penguin.
- Goffman, E. (2002). "La 'distance au rôle' en salle d'opération." Actes de la recherches en sciences sociales(143): 80-87.
- Karsenty, L. and P. Falzon (1993). L'analyse des dialogues orientés-tâche: introduction à des modèles de la communication. Les aspects collectifs du travail. F. Six and X. Vaxevenoglou. Toulouse, Octarès.
- Langton, R. (1993). "Speech Acts and Unspeakable Acts." Philosophy and Public Affairs(22): 305-330.
- Luhmann, T. M. (2001). Of two minds. An anthropologist looks at american psychiatry. New York, Vintage Books.
- Navahandi, F. (1979). Introduction à la sociologie d'Erving Goffman. Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles.
- Piette, A. (1998). "De la distance au rôle au mode mineur de la réalité: contribution à la sociologie de l'interaction." Informations sur les Sciences Sociales **37**(2): 275-297.
- Rees, J. (2000). Food for thought: the canteen of a mental hospital. Observing organisations. Anxiety, defence and culture in health care. R. D. Hinshelwood and W. Skogstad. London, Routledge: 44-53.
- Robbins, M. (2002). "The language of schizophrenia and the world of delusion." The International Journal of Psychoanalysis **83**(2): 383-405.
- Strauss, A. L., L. Schatzman, et al. (1964). Psychiatric ideologies and institutions. New York, Free Press of Glencoe.
- Véron, E. (1980). "La sémiotique et son monde." Langages **15**(58): 61-74.
- Watson, R. (1997). Some General Reflections on 'Categorization' and 'Sequence' in the Analysis of Conversation. Studies in Membership Categorization Analysis. S. Hester and P. Eglin. Washington D.C., International Institute for Ethnomethodology and University Press of America: 49-76.
- Widmer, J. (1999). Introduction. Mémoire collective des pouvoirs symboliques. L'affaire dite des fonds juifs et de l'or nazi dans le discours social en Suisse, 1995-1997. J. Widmer and C. Terzi. Fribourg, Institut de journalisme et des communications sociales de l'Université de Fribourg. **1**: 7-14.
- Widmer, J. (1999bis). "Notes à propos de l'analyse de discours comme sociologie. La mémoire collective d'un lectorat." Recherches en communication(12): 195-207.

Widmer, J. (2001). Catégorisations, tours de parole et sociologie. L'ethnométhdologie. Une sociologie radicale. M. de Fornel, A. Ogien and L. Quéré. Paris, La Découverte: 207-238.

