
Maladie psychique et sujet : les attributions de responsabilité dans une unité psychiatrique de réhabilitation

Audrey Linder



Electronic version

URL: <http://sociologies.revues.org/5338>

ISSN: 1992-2655

Publisher

Association internationale des sociologues de langue française (AISLF)

Brought to you by Bibliothèque cantonale et universitaire Lausanne



UNIL | Université de Lausanne

Electronic reference

Audrey Linder, « Maladie psychique et sujet : les attributions de responsabilité dans une unité psychiatrique de réhabilitation », *SociologieS* [Online], First texts, Online since 16 June 2016, connection on 25 July 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/5338>

This text was automatically generated on 25 July 2017.



Les contenus de la revue *SociologieS* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 France.

Maladie psychique et sujet : les attributions de responsabilité dans une unité psychiatrique de réhabilitation

Audrey Linder

Introduction

- 1 La question de la responsabilité des personnes souffrant de troubles psychiques est largement débattue actuellement, en particulier dans le cadre de l'évaluation de la responsabilité pénale, sans jamais y trouver de réponse définitive. L'ambivalence quant à l'ir/responsabilité des personnes souffrant de troubles psychiques ainsi qu'au choix de recourir à la psychiatrie ou à la prison pour les « fous criminels » a fait couler beaucoup d'encre (Senon, 2004, 2008 ; Roelandt, 2009). On la retrouve dans les textes de lois (Protais, 2014), dans la convocation d'experts psychiatres par le système judiciaire (Fernandez et al., 2010 ; Protais & Moreau, 2009) ou encore dans le discours de ces experts lors des procès (de Bonis, 1985 ; Saetta 2013 ; Saetta et al., 2011). Il va de soi que cette ambivalence ne se limite pas à la sphère judiciaire. Elle traverse également la clinique et se déploie dans les interactions entre patients et/ou soignants au sein d'unités psychiatriques, et c'est ce que je me propose d'analyser dans le présent article ¹.
- 2 Darin Weinberg a montré comment la maladie mentale peut être mobilisée, dans les interactions au sein d'unités psychiatriques, comme un « agent non-humain » qui n'est donc jamais entièrement contrôlable par les individus et qui « intervient périodiquement dans les vies des gens, indépendamment des efforts consentis par les agents humains pour l'en empêcher » (Weinberg, 1997, p. 220, notre traduction). Une telle représentation de la maladie mentale est également présente dans l'Unité dans laquelle j'ai fait une observation participante de deux ans. Dès lors, l'une des questions qui se posait lors de l'évaluation morale des actions d'un patient – que ce soit par les autres patients ou par les soignants – était de savoir à qui attribuer la responsabilité : au patient ou à sa maladie ² ?

- 3 À l'instar de Michel Métayer, je me propose d'adopter « une approche pragmatique de la responsabilité [...] vouée plutôt à l'analyse des pratiques sociales d'attribution des responsabilités » (Métayer, 2001, p. 23). Au travers de cet article, j'interrogerai les modalités et les conséquences de l'attribution de responsabilité. En effet, alors que l'attribution de responsabilité à l'individu peut amener à exclure ce dernier, l'attribution de responsabilité à la maladie a une fonction protectrice et inclusive. Cependant, une telle déresponsabilisation de l'individu a un coût : elle conduit à remettre en question sa qualité de sujet. La réflexion autour de l'attribution de responsabilité s'articule ainsi avec des réflexions autour de l'autorité agentive des personnes, de l'(in-)visibilité de leur maladie et du rôle des attributions collectives de responsabilité.

Méthode et terrain

- 4 Ces réflexions autour de l'attribution de responsabilité s'inscrivent dans un travail de thèse en cours sur l'articulation des aspects individuels et collectifs dans le parcours de réinsertion de patients psychiatriques. Dans ce cadre-là, un terrain de deux ans (2013-2015) a été effectué dans une Unité de Réhabilitation en Suisse romande, à raison de deux jours par semaine. J'y étais employée comme sociologue membre de l'équipe soignante³.
- 5 L'Unité accueille une trentaine de patients sortis de la phase aiguë de la maladie qui ont besoin d'aide dans leur réinsertion. Le travail s'articule autour des questions de logement (trouver un logement, réapprendre à y vivre de manière autonome) et de retour à une activité professionnelle ou occupationnelle. La présence des patients dans l'Unité se veut progressivement décroissante : ils résident dans l'Unité avant de passer en hôpital de jour. Ils diminuent ensuite le nombre de jours passés dans l'Unité pour terminer leur traitement, un processus qui peut aller de trois mois à plusieurs années. L'organisation de l'Unité est de type communautaire, patients comme soignants effectuent chaque jour les tâches nécessaires au fonctionnement de l'Unité, en particulier les tâches liées aux repas qui sont pris en commun : achat des denrées alimentaires au supermarché, préparation des repas, préparation de la salle à manger, etc. Chaque mardi après-midi a lieu, pendant une heure, le « grand colloque » qui rassemble l'ensemble des soignants et des patients et où est discutée la vie dans l'Unité, les éventuels problèmes rencontrés, les inquiétudes pour certains patients.
- 6 Au cours de ces deux ans de terrain, j'ai observé de nombreuses situations – essentiellement au cours des « grands colloques » hebdomadaires – où la question de la *responsabilité* d'un patient était discutée, ou plus précisément la question de l'attribution de cette responsabilité à la personne ou à sa maladie. J'ai donc sélectionné quelques-unes de ces situations pour les analyser, chaque situation ou chaque « cas » (Passeron & Revel, 2005) permettant d'approfondir l'analyse des attributions de responsabilité pour les personnes souffrant de troubles psychiques.
- 7 Le premier cas, celui de Jérémie sur lequel s'est construite une grande partie des présentes réflexions, constitue un événement à la fois extra-ordinaire et révélateur, à l'instar des *breaching experiments* de Harold Garfinkel (1964). Il est extra-ordinaire car, précisément, il ne fait pas partie des routines de la vie quotidienne. Il est révélateur de par ce que Niklas Luhmann a appelé la « socialisation de la surprise », c'est-à-dire la nécessité, lorsque se produit un événement inattendu, de le réintégrer dans des schémas d'interprétation

connus (Luhmann, 1990). Un événement inattendu produit un surcroît de communication puisqu'il s'agit de normaliser l'événement « par une attribution de "valeurs de normalité" (Garfinkel), qui va de pair avec une enquête sur ce qui s'est passé, et une exploration de la situation créée ou révélée » (Quéré, 2000, pp.354), ce qui permet d'accéder aux interprétations de l'événement par les individus. Ce premier cas est complété par d'autres situations qui sont moins développées mais qui permettent de révéler les nuances présentes dans les attributions de responsabilité.

Jérémy est-il (ir)responsable ?

- 8 L'événement se déroule un soir, alors que les patients en hôpital de jour et l'équipe soignante sont déjà rentrés chez eux. Seule Christelle, l'infirmière de garde ce soir-là, est présente avec une dizaine de patients qui vivent à ce moment-là dans l'Unité. Elle reçoit un appel téléphonique de Jérémy, un patient pris en charge depuis longtemps à l'Unité, qui est hors de lui, souhaite récupérer tous ses médicaments ⁴ et mettre un terme à son traitement. Christelle essaie d'en discuter avec lui et de comprendre les raisons de sa colère mais en vain, Jérémy ne veut rien entendre. Peu après son appel, il entre en trombe dans l'Unité et se montre particulièrement violent et menaçant, physiquement et verbalement, envers Christelle qui doit faire intervenir la police. Une fois maîtrisé, Jérémy est emmené au poste. Il s'avérera qu'il avait consommé de l'alcool.

Attribution de responsabilité à la maladie et disparition du sujet

- 9 Lors des deux colloques hebdomadaires suivants, regroupant l'ensemble des soignants et des patients – à l'exception de Jérémy dont l'avenir dans l'Unité est compromis – les discussions tournent autour de son récent accès de violence. La restitution collective des faits voit émerger une polarisation entre la position des patients et celle des soignants en termes d'attribution de responsabilité : alors que la position collective des patients est d'attribuer la responsabilité à la maladie, les soignants sont unanimes dans l'attribution de responsabilité à l'individu ⁵. Une telle attribution sera également faite par certains patients mais uniquement de manière privée, lors de discussions individuelles avec les soignants.
- 10 Lors des colloques, les patients disent avoir été choqués et avoir eu extrêmement peur lors de l'incident. Cependant, ils considèrent que Jérémy est davantage victime de sa maladie que responsable de ses actes. Selon eux, ce soir-là « ce n'était pas Jérémy », comme le répétait sans cesse l'un des patients, d'ailleurs « on ne reconnaissait même pas son visage », il était « hors de lui » ; la preuve, l'un des patients qui a toujours eu de très bons liens avec lui a essayé de le calmer mais « on ne pouvait même plus communiquer avec lui ». Leur conclusion est que Jérémy « va moins bien » et que « ça fait mal au cœur de le voir comme ça ». La question de l'alcool est peu discutée et, lorsqu'elle l'est, elle va dans le sens d'une déresponsabilisation de Jérémy. Dès lors, les patients souhaitent qu'il puisse réintégrer l'Unité.
- 11 De manière intéressante, les revendications de Jérémy ce soir-là – la volonté de récupérer ses médicaments et de mettre un terme à son traitement – disparaissent totalement des discussions groupales, subissant une forme de *silencing* (Langton, 1993, 1998) ⁶. À aucun moment sa demande n'a été mise en discussion dans le groupe. Seule la forme de sa demande, violente et menaçante, l'a été. Comme je vais le montrer, l'attribution de

responsabilité à la maladie plutôt qu'à la personne a un effet protecteur et inclusif. Cependant, le prix à payer est important : ce que dit Jérémy n'est plus pris en compte. D'ailleurs, Jérémy n'aura plus jamais l'occasion de s'expliquer publiquement sur ce qui s'est passé ce soir-là.

- 12 Par ce *silencing*, Jérémy se voit destitué de son « autorité de la première personne » selon laquelle le « Je » est le plus à même de connaître les raisons pour lesquelles il a dit ou agi de telle manière (Kaufmann, 1999) ; seule l'interprétation « à la troisième personne » des actes de Jérémy qu'effectuent les patients en le rapportant à sa maladie est prise en compte. À l'instar de ce que décrit Darin Weinberg, la maladie mentale est perçue par les patients comme un « agent non-humain » qui peut faire agir la personne, même contre son gré (Weinberg, 1997) ⁷. En ce sens, les termes utilisés par les patients sont révélateurs. En effet si « ce n'était pas Jérémy » c'est bien qu'il y avait quelqu'un ou quelque chose d'autre qui animait son corps et ce quelqu'un ou quelque chose, en l'occurrence la maladie, avait à tel point pris possession de Jérémy qu'on « ne le reconnaissait même plus » et qu'on ne pouvait « plus communiquer avec lui ».
- 13 Cette attribution des actes et des discours à la maladie plutôt qu'à la personne permet de protéger cette dernière (« ce n'est pas de sa faute » ; « ce n'était pas elle »), elle lui permet de « sauver la face » (Goffman, 1974) et d'être ainsi maintenue dans la communauté. Comme le rappelle Jean-Louis Genard, une lecture irresponsabilisante a « des vertus "réintégratrices", là où le seul jugement moral et les pratiques qui en découlent tendent à exclure » (Genard, 1999, p. 179), car si c'est bien la maladie qui a agi, cela signifie que l'état de la personne s'est dégradé et il s'agit donc de la soigner. À l'inverse, une attribution de responsabilité à Jérémy plutôt qu'à sa maladie, tel que l'ont fait les soignants dans ce cas-là, rend la présence de celui-ci dans la communauté impossible et conduit à son exclusion.

Attribution de responsabilité à la personne et exclusion

- 14 Ainsi, pour les soignants, Jérémy est responsable de ses actes, il n'était pas « dans une autre réalité » ⁸. L'attribution de responsabilité revient donc à la personne en tant que sujet et non pas à sa maladie. Quant à la question de l'alcool, pour les soignants, elle n'atténue en rien la responsabilité de Jérémy.
- 15 Suite au colloque hebdomadaire au cours duquel a eu lieu la restitution collective de l'incident, les soignants se disaient très étonnés qu'aucun patient n'ait exprimé de colère envers Jérémy malgré le fait qu'il ait agressé Christelle (l'infirmière) et qu'il ait fait quelques dégâts dans l'Unité. Parmi les soignants, c'est précisément la colère qui dominait, ce d'autant plus que Jérémy était suivi depuis plusieurs années à l'Unité et qu'une relation de confiance était instaurée entre lui et les soignants. Le fait que ce soit la colère qui prime est particulièrement intéressant si l'on suit Patricia Paperman pour qui « l'émotion rendrait publique l'adoption d'un point de vue évaluatif comme appréciation pertinente d'une situation. [...] La colère ou l'indignation indiquant le préjudice ou l'offense rappellent, incarnent et manifestent la priorité de l'évaluation morale pour définir une situation sociale » (Paperman, 1992, p. 105). Or, pour qu'une évaluation morale puisse se faire, encore faut-il être face à un sujet et non pas à un simple « pantin » animé par l'agent non-humain que serait la maladie (Cooren, 2013 ; Weinberg, 1997). En exprimant publiquement leur colère, les soignants rappellent à Jérémy et au groupe de

patients qu'il est un « citoyen comme les autres », avec les mêmes droits et les mêmes devoirs, et que la responsabilité de ses actes lui appartient pleinement.

- 16 Le règlement de l'Unité définit trois « règles fondamentales » qui ne peuvent être enfreintes : « ne sont pas tolérés sur l'ensemble du site de [l'Unité] : la consommation et l'introduction d'alcool ou de drogue ; l'agression physique d'une personne ; les rapports sexuels. Le non-respect de ces règles entraîne une suspension immédiate du traitement et un départ de l'établissement »⁹. Ainsi, Jérémy ayant enfreint l'une de ces règles et les soignants lui ayant attribué la responsabilité de son acte, il est exclu de l'Unité.

L'attribution de responsabilité en fonction de la place dans la communauté

- 17 Le cas de Jérémy voit s'opposer, de façon binaire, la position des patients qui attribuent la responsabilité à la maladie et la position des soignants qui attribuent la responsabilité à Jérémy en tant que sujet. Cette différence d'attribution renvoie à une différence dans l'appréhension de la communauté que je vais développer à présent. Je fais miens les propos de Joan Stavo-Debaugé (2009, p. 13) pour qui la communauté :

« désigne, tout en se prêtant à différents genres de figurations et de modalisations, ce que l'on peut décrire comme le problème irréductible ou la question indéclinable de la mise en commun des personnes et des choses dans un ensemble ordonné. [...] Nominale, le terme communauté renvoie à ce qui est fait ou est vécu en commun, sans plus. Il ne fait rien d'autre (et c'est déjà beaucoup) que de ratifier le partage d'une situation. Mais, en indiquant la participation des êtres qui y prennent part, il signe du même coup leur manière d'y appartenir et leur façon de se rapporter les uns aux autres, en tant qu'ils tiennent compte de ce partage (qui peut être tout à fait circonstanciel et résolument ponctuel) et se doivent des choses les uns aux autres » (Stavo-Debaugé, 2009, p. 13).

- 18 Ainsi, ces « façons de se rapporter les uns aux autres » (*Ibid.*) peuvent varier en fonction de la place qu'occupent les individus dans le « système de places » qui existe dans l'Unité, à l'instar d'autres groupes ou communautés (Favret-Saada, 1977 ; Rémy, 2005). L'attribution de responsabilité à la personne ou à la maladie et le poids de cette attribution peuvent être en partie rapportés à la place qu'occupent les individus dans cette communauté, à leur « manière d'y appartenir ». Pour le propos de cet article, il suffira de s'arrêter au premier niveau de ce système de places, à savoir celle de « soignant » ou celle de « patient ».
- 19 En effet, si patients et soignants partagent leur quotidien, ils diffèrent en plusieurs points. Pour commencer, les soignants sont là pour travailler et ils sont présents pour plusieurs années, alors que les patients sont là pour se soigner et la composition de la communauté est rythmée par les arrivées et les départs de ceux-ci. Le type de liens entre les personnes varie également : les soignants sont liés entre eux par des liens professionnels, les liens entre soignants et patients sont de l'ordre thérapeutique et les patients partagent entre eux des liens affectifs (indépendamment de leur charge positive ou négative)¹⁰. De manière plus importante pour notre propos, seuls les soignants choisissent¹¹ qui peut entrer ou non dans la communauté, alors que les patients n'ont pas d'autre choix que de s'adapter aux nouveaux venus. Enfin, de la même manière, seuls les soignants peuvent décider de qui doit être exclu et donc seule une attribution de responsabilité à la personne par les soignants peut mener à une exclusion de l'Unité.

- 20 Le fait que seuls les soignants choisissent qui peut entrer dans la communauté et qui doit en être exclu est particulièrement intéressant car cela renvoie à la « capacité d'accueil » et aux épreuves de « l'être avec » et du « tenir ensemble » que décrit Joan Stavo-Debauge (2009). En effet, les patients font preuve d'une très grande capacité d'accueil envers les nouveaux venus. À plusieurs reprises, en réunion d'équipe, les soignants se sont questionnés sur la manière dont un patient allait pouvoir s'intégrer au groupe puis, quelques temps après, se disaient surpris de la manière dont le nouveau venu avait été accepté. Il semblerait en fait que dans chaque « Autre » qui entre dans la communauté, les patients y reconnaissent, dans une certaine mesure, un « Même ». Cette « Mêmesité » est fréquemment réaffirmée lors des discussions collectives au travers de propos tels que « on est tous ici parce qu'on a des difficultés » ; « on est tous ici parce qu'on a besoin de se soigner » ou encore, non sans une pointe d'humour et jouant sur le double sens du mot, « on est tous dans la même galère, on rame ! ». Ce sentiment de « Mêmesité » a déjà été décrit par Sue Estroff, qui a montré comment les patients psychiatriques faisaient systématiquement la distinction entre un « Nous » les « Dingos » et un « Eux » les « Normaux » (Estroff, 1998).
- 21 Si les patients n'ont pas le pouvoir d'exclure des personnes de l'Unité, ils n'en ont pas moins l'envie à certains moments, renvoyant aux épreuves de « l'être avec » et du « tenir ensemble ». Or, les critères d'exclusion des soignants ne sont pas les mêmes que ceux des patients. Comme je l'ai déjà mentionné, pour les soignants, une exclusion ne se fait que lorsque les règles « fondamentales » de l'Unité sont transgressées. Or, pour les patients, comme nous l'avons vu avec Jérémy, certaines transgressions des règles peuvent ne pas constituer un critère d'exclusion dans la mesure où la responsabilité de tels actes est attribuée à la maladie et non pas à la personne. Pour eux, c'est la non-participation aux tâches quotidiennes ou, pire encore, la non-réalisation de tâches pour lesquelles le patient s'était inscrit qui, sur le long terme, constituent des critères d'exclusion. J'y reviendrai.
- 22 Ces précisions sur les différents modes d'appartenir à la communauté une fois données, revenons à l'exemple de Jérémy. La violence qu'il a déployée au sein de l'Unité pourrait être une épreuve fatale pour le « tenir ensemble » (Stavo-Debauge, 2009) puisqu'elle viole « l'engagement conjoint » (Gilbert, 2003) que chaque patient prend avec le reste de la communauté lors de son admission dans l'Unité. En effet, à ce moment, chaque patient reçoit le règlement mentionnant les règles fondamentales pouvant mener à l'exclusion de l'Unité. En y entrant, le patient accepte donc de se plier aux règles pré-établies. L'exclusion de la personne qui rompt cet engagement semble alors être le prix à payer pour permettre à la communauté de « tenir ensemble »¹². Néanmoins, pour les patients, la violence de Jérémy n'apparaît pas comme menaçante pour le « tenir ensemble » car elle est le fait d'un élément externe à la communauté, à savoir la maladie. Elle ne remet donc pas en question la place de Jérémy.

L'attribution de responsabilité : un enjeu pour les patients psychiatriques

- 23 La question de l'attribution de responsabilité à la personne ou à sa maladie constitue un véritable enjeu pour les patients psychiatriques. En effet, si la responsabilité des actes est attribuée à la personne, cela peut mener à son exclusion. Or, si la responsabilité des actes

est attribuée à la maladie, cela peut permettre de maintenir la personne dans la communauté mais cela « se fait tendanciellement au prix de la problématisation de la subjectivité et de l'abandon d'une posture où le rapport à l'autre est un rapport de reconnaissance mutuelle » (Genard, 1999, p. 179). Ainsi, paradoxalement, le maintien dans la communauté de l'Unité se fait au prix d'une exclusion – ne serait-ce que momentanée – de la « communauté des personnes raisonnables » (Pharo, 1990 cité dans Kaufmann, 1999). À l'inverse, le maintien de la personne dans la « communauté des personnes raisonnables » peut mener à son exclusion de l'Unité.

- 24 Lorsque la responsabilité est attribuée à la maladie, l'autorité de la troisième personne prend le pas sur l'autorité de la première personne (Kaufmann, 1999) et l'interprétation en terme de maladie prend le pas sur toute autre tentative de justification de ses actes de la part du malade. Lorsque de telles interprétations persistent, la personne malade se voit alors accorder une « inattention civile » (Goffman, 1963), une inattention « calculée », comme l'avait montré Erving Goffman dans le cas de la rencontre à l'hôpital psychiatrique entre les visiteurs et les malades (Goffman, 1974). Une telle inattention civile est utilisée dans l'Unité lorsque des patients psychotiques sont « chroniquement sub-décompensés »¹³ et que, dans les salles communes, on peut les observer dialoguer et rire avec les voix qu'ils entendent. Dès lors, comme l'a montré Krzysztof Skuza « la parole du fou » devient impossible (Skuza, 2013), puisque le fou en tant que sujet disparaît pour n'être plus que « l'animateur » de propos dont « l'auteur » et « le responsable » sont la folie, pour reprendre la terminologie goffmanienne (Goffman, 1987).
- 25 Cette figure du patient exclu de la « communauté des personnes raisonnables » (Pharo, 1990) s'inscrit dans une « anthropologie disjonctive »¹⁴ (Genard, 2007 ; Genard & Cantelli, 2008) au sein de laquelle le patient serait considéré comme entièrement irresponsable. Ce n'est pas sans rappeler la figure de « l'idiot du village », cet homme aux comportements « étranges » néanmoins identifié comme tel par l'ensemble du village, ce qui a pour conséquence que ses actes sont tolérés sans plus d'attention de la part des villageois. On retrouve une figure semblable dans un article de Benoit Eyraud qui décrit le mode d'habiter de Monsieur Ducomel, un patient psychiatrique au bénéfice d'une tutelle :
- « Depuis quinze ans, chaque semaine, il se rend à l'association de tutelle afin de retirer son argent, en liquide. Au retour, il s'arrête au casino, puis au tabac, afin d'acheter des cigarettes. Chaque jour, il se promène dans le quartier, une secrétaire de l'association le croise régulièrement, les commerçants qu'il fréquente l'ont fortement identifié. Ses voisins lui déposent des vêtements sur des poubelles, qu'il fouille quotidiennement. Son histoire est même connue, du moins des rumeurs circulent à son sujet » (Eyraud, 2006, p. 122).
- 26 Cet extrait montre que Monsieur Ducomel et ses pratiques sont connus et identifiés dans son quartier, au point que ses voisins lui déposent des vêtements sur les poubelles sachant que celui-ci les fouille régulièrement, tout en faisant circuler des rumeurs à son sujet. Monsieur Ducomel est ainsi accepté dans le quartier sur un mode qu'Ellen Corin a décrit comme un « retrait positif », à la fois dedans et dehors (Corin, 2002). Si ce mode d'habiter le monde peut être une « création » de certains psychotiques pour s'y trouver une place où ils sont intégrés sans avoir à interagir avec les gens, on voit à quel point elle peut être problématique pour les personnes qui ont « un désir de plus de contacts et de rôles sociaux » (*Ibid.*, p. 68) et qui ne se voient accorder qu'une « inattention civile » permanente (Goffman, 1963). Ellen Corin montre d'ailleurs que ces personnes-là sont plus fréquemment ré-hospitalisées.

- 27 L'inattention civile, et plus particulièrement le *silencing* (Langton, 1993, 1998) peut également survenir de la part des proches. C'est ce qui était arrivé à Christian, un patient récemment entré dans l'âge adulte, alors qu'il était suivi à l'Unité depuis quelques mois. Depuis que sa « folie » s'était donnée à voir, sa famille avait cessé de lui accorder toute crédibilité, bien qu'il apparaisse au sein de l'Unité comme quelqu'un d'assez autonome et responsable. Notamment, sa famille n'avait pas voulu croire qu'il avait le droit de conduire¹⁵ et il avait alors dû demander une attestation médicale confirmant ses propos, sans quoi sa famille ne lui aurait pas permis de conduire. La parole de Christian avait perdu toute valeur auprès de ses proches et devait sans cesse être confirmée par celle de son psychiatre ou de son infirmier-référent. Cet exemple montre bien l'aspect problématique du déplacement de la responsabilité de la personne à la maladie de manière permanente, c'est-à-dire lorsque la personne est considérée comme « étant malade » et non comme « ayant une maladie ». Néanmoins, une attribution de responsabilité à la personne – si elle permet à cette dernière de garder son statut de sujet et son autorité de la première personne – a tendance à exclure, comme je l'ai montré dans le cas de Jérémy.

Le rôle de l'(in)visibilité de la maladie dans l'attribution de responsabilité

- 28 La plupart du temps, lorsque les patients attribuaient la responsabilité d'(inter)actions « bizarres » ou « inappropriées » à la maladie plutôt qu'à la personne, il s'agissait de personnes qui étaient présentes depuis un certain temps dans l'Unité et qui avaient noué des liens affectifs avec la plupart des patients. Cela renvoie donc à l'aspect « protecteur » de cette attribution ; en attribuant la responsabilité de ces moments embarrassants à la maladie, on permet à la personne que l'on apprécie de « garder la face » (Goffman, 1974).
- 29 Cependant, j'ai observé quatre cas au cours desquels l'attribution de responsabilité se faisait par les patients à la faveur de l'individu plutôt qu'à sa maladie, alors que les soignants faisaient plutôt l'attribution inverse. Dans trois des quatre cas, les patients en question ne sont restés que peu de temps dans l'Unité et dans les quatre cas ils se sont montrés incapables de nouer des relations affectives avec les autres patients, n'étant que semi-présents dans l'Unité et se désistant régulièrement des tâches auxquelles ils s'inscrivaient, ou ne s'y inscrivant tout simplement pas.
- 30 Alors que de tels comportements, à savoir l'impossibilité d'être en lien avec les autres et de se « poser » dans l'Unité, étaient perçus comme un signe de la maladie par les soignants, les patients imputaient l'entière responsabilité de ces comportements à l'individu, entraînant un fort rejet de ces personnes. Il semblait alors que « la dynamique allant de l'hospitalité à l'appartenance », que décrit Joan Stavo-Debaugé lorsqu'un étranger arrive dans une communauté, se figeait au stade de « l'hospitalité », ne parvenant jamais au stade « d'appartenance » (Stavo-Debaugé, 2009). Plus encore, les patients en question étaient peu à peu perçus comme abusant de cette hospitalité, ce qui provoquait leur rejet. En effet, passer de « l'hospitalité » à « l'appartenance » aurait nécessité des efforts de leur part, notamment un investissement dans le fonctionnement quotidien de la communauté au travers des tâches et un investissement émotionnel en termes de partage du vécu de la maladie. Ce second investissement était rendu difficile de par le fait que, dans les quatre cas mentionnés, il s'agissait de patients passablement anosognosiques.

- 31 Lorsque l'un des patients en question a finalement été exclu de l'Unité après avoir reçu plusieurs avertissements concernant l'interdiction de consommer de l'alcool au sein de l'Unité, certains patients ont exprimé, lors de discussions informelles, qu'ils étaient « contents » et que c'était « bien fait pour lui ». Or, si c'est « bien fait pour lui », c'est bien que « lui » – et non pas sa maladie – a commis des actes qui méritent son exclusion. Il semblerait alors que « "l'épreuve d'appartenance" [...] que parcourt le nouveau venu qui doit se prêter à l'intégration [et] "l'épreuve d'hospitalité" qui teste la capacité d'accueil et d'élargissement de la communauté » (Kaufmann, 2013 ; voir aussi Stavo-Debauge, 2009) n'aient jamais pu être dépassés dans le cas de ces patients.
- 32 En ce sens, la contribution à la vie quotidienne au travers de l'accomplissement des tâches (mettre la table, faire les courses, préparer le repas, etc.) constitue une condition *sine qua non* d'acceptation au sein du groupe de patients. Le conflit autour des tâches émergeait donc régulièrement, certains accusant d'autres « de ne jamais faire de tâches » ou « de ne pas faire les tâches correctement ». Ainsi, comme l'écrivait une infirmière dans un e-mail de transmission à propos d'un patient, « il a réussi à se mettre le groupe des patients à dos, entre autres en ne faisant pas les tâches auxquelles il s'était engagé (crime le plus haineux pour le groupe !) »¹⁶. Cet e-mail faisait suite à une série de colloques hebdomadaires agités où le groupe de patients se plaignait du patient en question et réclamait son exclusion de l'Unité.
- 33 Seuls quelques rares patients parvenaient à ne pas faire de tâche sans se faire récriminer par le groupe. Un tel « exploit » semble être lié à deux conditions. D'une part, il s'agissait de patients présents dans l'Unité depuis un certain temps, qui prétextaient alors qu'ils en avaient « assez fait » par le passé et qu'il fallait « laisser la place aux nouveaux venus ». D'autre part, il s'agissait de patients dont la maladie était *visible*, ou du moins *rendue visible*. L'une des patientes par exemple souffrait, selon ses propres dires, de dépression qui se manifestait notamment par des pleurs fréquents, souvent sans raison observable, alors qu'elle était dans le groupe. Cette patiente n'allait « visiblement » pas bien, selon les dires des autres patients, et des inquiétudes étaient fréquemment soulevées par ces derniers quant à son état. Cependant, il est à noter que cette tolérance à la non-réalisation de tâches n'était que momentanée et, après quelques semaines, des pressions apparaissaient également sur ces personnes-là pour qu'elles effectuent des tâches.
- 34 La question de l'(in)visibilité de la maladie semble être un élément essentiel dans le choix de l'attribution de responsabilité. En effet, dans la majorité des cas où les patients ont attribué la responsabilité des actes ou des discours d'un patient à sa maladie, cette dernière avait été rendue visible au préalable, que ce soit au travers de propos délirants, de pleurs ou de rires immotivés et fréquents, d'actes auto- ou hétéro-agressifs. Ainsi par exemple après que Rachel, patiente de l'Unité, a été ré-hospitalisée « en aigu » une énième fois après s'être entaillé les avant-bras, l'une de ses amies – patiente également – répétait à qui voulait bien l'entendre que « ce n'est pas de sa faute, elle est bipolaire, alors il y a des moments où elle va bien et puis il y a des moments où elle est tout en bas, c'est sa maladie, c'est comme ça, elle n'y peut rien ». Les coupures sur le bras de la patiente deviennent alors les signes visibles de sa maladie permettant, par la réappropriation de termes médicaux (« elle est bipolaire »), une « interprétation symptomatologique irresponsabilisante » (Genard, 1999). Il est à noter, dans ce cas, à quel point la maladie est perçue comme « toute-puissante », la patiente semblant dénuée de toute capacité d'action aux yeux de son amie.

- 35 À l'inverse, dans les quatre cas où la responsabilité a été entièrement attribuée à l'individu, cette dernière était peu visible puisqu'elle se traduisait essentiellement par une difficulté à prendre part à la vie de la communauté. Aucun signe concret ne venait présentifier la maladie. Ce type d'attribution de responsabilité devient alors quelque peu paradoxal. En effet, plus la maladie est rendue visible, parfois au travers d'actes transgressifs tels que la violence envers des membres de la communauté, plus on pardonnera ces comportements en attribuant la responsabilité à la maladie.

L'attribution de responsabilité au sujet malade

- 36 Jusqu'à présent, j'ai développé les conséquences des attributions de responsabilité lorsqu'elles se font soit à la maladie, soit à la personne. En effet, dans l'exemple de Jérémy, je me suis intéressée à la position des patients et à celle des soignants indépendamment l'une de l'autre. Or, ces positions constituent deux pôles extrêmes d'un continuum entre lesquels se situent habituellement les attributions de responsabilité. En effet, il s'agit de tenir compte du fait que ces attributions de responsabilité à l'individu et à la maladie cohabitent dans un même lieu et dans un même espace de discussion. Je vais donc développer à présent la manière dont l'attribution de responsabilité se régule dans la communauté, aboutissant à une attribution « conjonctive » (Genard & Cantelli, 2008), la personne étant presque toujours considérée comme partiellement responsable, sa maladie portant l'autre part de responsabilité.

L'attribution groupale de responsabilité par les soignants

- 37 Le fait de ne jamais attribuer l'entière responsabilité à l'individu ou à sa maladie est un souci quasi-permanent des soignants. En effet, attribuer la responsabilité à la personne uniquement, sans tenir compte de sa « part malade », consisterait à nier dans le même temps la nécessité d'une intervention thérapeutique puisque cette dernière place « le comportement responsable du patient et le fait d'agir de soi-même [comme] une sorte d'horizon jamais atteint » (Velpry, 2008, p. 308). De même, il serait contraire à la visée thérapeutique que d'attribuer l'entière responsabilité à la maladie, considérant alors cette dernière comme « totale » et « toute puissante » et ne laissant aucune place au sujet et à un possible rétablissement (Linder & Bussy, 2014 ; Corin, 2002). Ainsi, les soignants conçoivent une attribution de responsabilité « conjonctive », dans laquelle « les capacités apparaissent désormais comme des potentialités à la fois fragiles mais toujours mobilisables » (Genard & Cantelli, 2008). Les soignants reconnaissent l'aspect *fragile* de ces potentialités, se rendant compte de la difficulté des patients à les mobiliser au vu de la maladie. Il existe de leur part une tolérance aux incapacités ponctuelles des patients, et c'est au renforcement et à la mobilisation de ces capacités que travaillent ensemble soignants et patients. Cependant, ces potentialités sont bien toujours *mobilisables*, et c'est la raison pour laquelle certains actes, notamment les actes de violence tels que ceux de Jérémy, sont intolérables.
- 38 Dans la plupart des cas, les soignants attribuent donc la responsabilité au *sujet malade*, jamais entièrement responsable mais jamais entièrement irresponsable. Une telle attribution est possible notamment grâce au travail en équipe¹⁷. En effet, dans les situations problématiques, une partie de l'équipe s'opposera au patient en lui rappelant ses responsabilités alors qu'une autre partie – souvent l'infirmier référent du patient – le

soutiendra, se faisant alors porteuse de sa part malade et irresponsable. Avec ces prises de positions différenciées, l'équipe soignante évite le piège d'une « anthropologie capacitaire du modèle de l'individu autonome » (Breviglieri, 2008, p. 94) qui irait vers une surresponsabilisation de l'individu, tout en évitant la « lecture symptomatologique irresponsabilisante » (Genard, 1999). En ne résolvant jamais la question de l'ir/responsabilité et de l'in/capacité, un travail thérapeutique peut prendre place. En effet, cela laisse une marge de manœuvre nécessaire à l'individu qui peut échapper à la tyrannie du « culte de la performance » que dénonce Alain Ehrenberg (1991) en se montrant parfois incapable. Pour autant, on ne l'enferme jamais dans un statut immuable de malade de qui on n'attend plus jamais qu'il se montre capable, comme c'était souvent le cas à l'époque asilaire. Le patient n'« est » pas malade, il « a » une maladie. En ne tombant ni dans une responsabilisation exclusive ni dans une irresponsabilisation désobjectivante, on permet alors au patient de maintenir son statut de citoyen, qui a des droits et des devoirs, des forces et des faiblesses, et dont la parole est crédible et doit être écoutée (Heller Miazza & Bussy, 2014).

L'attribution groupale de responsabilité par les patients

- 39 Mais les soignants ne sont pas les seuls à avoir des prises de position différenciées, les patients le font également, bien que dans leur cas cela relève du désaccord et non d'une réflexion thérapeutique. De telles prises de position sont particulièrement marquées lors des discussions groupales au « grand colloque » hebdomadaire, lorsque le comportement d'un patient est pointé du doigt par d'autres. C'est donc dans la communauté et dans les discussions groupales que se régule l'attribution de responsabilité, de manière toujours provisoire, comme je vais le montrer à présent au travers d'un extrait de notes de terrain. L'échange en question a lieu lors d'un colloque hebdomadaire. À ce moment-là, Christophe est dans l'Unité depuis un peu plus de deux mois :

Depuis son arrivée, Christophe est resté très distant par rapport aux autres patients. Il passe la plupart de son temps enfermé dans sa chambre et quitte l'Unité dès qu'il le peut. Il passe extrêmement peu de temps à table, sortant de table aussitôt qu'il a fini de manger. Il n'a donc pratiquement pas créé de lien avec le reste des patients.

Le psychiatre de l'Unité s'étonne, au cours du colloque, du fait qu'il ne semble pas y avoir de tensions dans le groupe, que le groupe semble « normal » aujourd'hui. Catherine saute alors sur l'occasion pour prendre la parole. Elle souhaite dire sa révolte contre Christophe, qu'elle trouve extrêmement mal poli. En effet, ce dernier ne dit jamais bonjour à personne, il « snobe » les gens et Catherine trouve cela totalement inacceptable. Nadine confirme alors les propos de Catherine, elle trouve Christophe extrêmement désagréable et trouve qu'il devrait faire des efforts pour s'intégrer. Christophe se lève alors de sa chaise et demande qui lui fait ce reproche, disant qu'ils n'ont pas été présentés et qu'il ne sait pas qui elle est. Catherine dit alors que c'est elle, il lui redemande son nom et lui dit « Et bien, Catherine, je vous saluerai la prochaine fois ! » et il se rassied. Mais Nadine proteste : étant donné que c'est lui le nouveau, c'est à lui de faire l'effort de se présenter, d'aller vers les autres et de s'intégrer. À ce moment-là, Elena se lève également, va serrer la main à Christophe et lui dit « Moi c'est Elena, enchantée ! ». Elle dit ensuite au groupe qu'elle comprend tout à fait pourquoi Christophe ne dit pas bonjour : parce que, quand il est arrivé, cela se voyait qu'il n'allait vraiment pas bien, qu'il était très angoissé. Depuis son arrivée, toujours selon Elena, on voit qu'il va mieux, son visage s'est transformé et il est plus ouvert, mais Elena dit qu'elle comprend qu'au début il

était très angoissé et que, quand on n'est pas bien, on n'a pas envie de parler aux autres.

- 40 Dans le cas présent, deux patientes – Catherine et Nadine – se plaignent du comportement de Christophe qu'elles trouvent « mal poli » car il ne dit pas bonjour. Derrière cette question de la salutation se cache la question de l'intégration du nouveau venu, qui ne semble pas vouloir faire d'efforts dans ce sens-là. Alors que la majorité du groupe semble être de l'avis de Catherine et Nadine, une autre version s'élève : pour Elena, les raisons de cette apparente « froideur » de Christophe est sa maladie ou, plus précisément, ses angoisses.
- 41 La question de la « bonne » interprétation ne sera pas tranchée. En effet, c'est ce que Christine et Véronique Servais ont appelé un « modèle de communication non-pathologique » qui règne dans l'Unité (Servais & Servais, 2009), l'important n'étant pas de tomber d'accord en effaçant/réduisant le différend ou le malentendu, mais d'admettre plutôt que dans toute interaction il existe des versions différentes. Une communication réussie, toujours selon ces auteures, est davantage une communication où l'on accepte de « mal se comprendre » qu'une communication où l'un essaie d'imposer son interprétation à l'autre¹⁸. Ainsi, contrairement au juge qui doit décider du degré de responsabilité de l'individu, l'attribution de responsabilité dans la communauté n'est jamais tranchée. Si certains considèrent que Christophe est responsable de ses actes, d'autres considèrent que c'est sa maladie qui le pousse à agir ainsi. Une fois ces diverses opinions exprimées, il se dégage une image de Christophe comme étant partiellement responsable de ce qui lui est reproché, ce qui renvoie donc à une *attribution groupale* de responsabilité au sujet malade, à la fois responsable et irresponsable.

L'auto-attribution d'(ir)responsabilité

- 42 Dans l'exemple que je viens de développer, Christophe n'a pas pris part au débat quant à son (ir)responsabilité. Certains patients le font, c'est notamment le cas de Sébastien. Sébastien est un jeune patient qui a des comportements fuyants, n'est que très peu présent dans l'Unité et a beaucoup de peine à respecter les horaires. Il s'inscrit régulièrement pour des tâches qu'il n'effectue pas, étant le plus souvent absent, ce qui le rend très antipathique au reste du groupe. C'est un cas-type de « maladie invisible » pour les patients et bien visible pour les soignants, ce qui agitera le groupe pendant plusieurs mois. L'extrait de mes notes de terrain ci-dessous rapporte une discussion qui a eu lieu lors d'un « grand colloque » hebdomadaire, dans le cadre duquel Sébastien s'est fait prendre à partie par plusieurs patients et en particulier par Mélanie et Jean-Michel :

Aujourd'hui, lors du colloque, Mélanie a pris la parole. Elle a fait un long monologue pour exprimer tout ce qu'elle reprochait à Sébastien. Notamment, elle considère que le groupe donne beaucoup à Sébastien mais que lui ne donne rien en retour, alors que « la vie c'est ça, on donne et on reçoit en retour ».

Sébastien a alors exprimé qu'il n'attendait rien du groupe, qu'il voulait seulement retrouver un appartement, retrouver « du taf » et se « casser d'ici » au plus vite. Le psychiatre lui a alors fait remarquer que les problèmes qu'il rencontre dans l'Unité seront aussi des problèmes dans le milieu du travail, puisque pour travailler il faut respecter des horaires, des règles, collaborer avec des gens. Sébastien a alors répondu que la grande différence était que, lorsqu'il travaillera, il sera payé alors que dans l'Unité, il n'a « rien à gagner ».

Jean-Michel l'a alors pris à partie en disant que s'il n'avait « pas le niveau » pour être dans cette Unité, il n'avait qu'à la quitter et aller « dans un foyer ». D'autres

patients ont pris la parole pour reprocher à Sébastien de ne pas respecter les autres, de ne pas respecter le groupe. Sébastien a alors rétorqué que, pour lui, c'était plutôt les autres qui ne respectaient pas sa problématique, car ce qu'on lui reprochait, notamment sa difficulté à faire des tâches ou à respecter ses engagements envers le groupe, faisait entièrement partie de sa problématique.

- 43 Dans cet exemple, Sébastien cherche à se dégager de la responsabilité des actes qui lui sont reprochés en déplaçant cette responsabilité à ce qu'il appelle sa « problématique », en l'occurrence sa maladie. Il effectue un second déplacement, qui consiste à renvoyer la faute à ses accusateurs, les accusant à son tour de ne pas tenir compte de sa maladie. Darin Weinberg a montré que de telles tentatives, à savoir attribuer la raison de ses actes à la maladie, peuvent également être mises en échec par le groupe qui refuse d'adhérer à cette interprétation (Weinberg, 1997). Si cela n'est pas fait de manière claire dans l'interaction, la persistance des attributions de responsabilité à Sébastien et non pas à sa maladie de la part du groupe traduit une telle mise en échec de l'attribution que fait Sébastien.
- 44 Il est intéressant de noter qu'à l'instar de ce qui était reproché à Christophe dans le précédent exemple, c'est la question de la vie en communauté qui est au cœur des reproches faits à Sébastien : il ne respecte pas le groupe, il ne respecte pas la vie en communauté, n'y participant pas « comme il faut ». C'est donc bien la question du « tenir ensemble » (Stavo-Debauge, 2009) qui semble être au cœur de ces « appels à responsabilité ».
- 45 La réponse de Sébastien est risquée puisqu'en invoquant la responsabilité de « sa problématique » il peut, comme nous l'avons vu, être privé de son statut de sujet, être exclu de la « communauté des personnes raisonnables » (Pharo, 1990). Cela ne s'est pas passé, dans la mesure où les patients n'ont jamais démordu d'une interprétation en termes de responsabilité de l'individu. Le « cas » de Sébastien a d'ailleurs longuement divisé l'Unité, avec d'un côté le groupe de patients qui a, de façon unanime, attribué la responsabilité de ses actes à Sébastien et, de l'autre côté, Sébastien et les soignants qui attribuaient la grande partie de la responsabilité à la maladie. Une telle division a amené certains patients à parler de favoritisme, se plaignant que Sébastien était le « chouchou » des soignants et que, dès lors, ces derniers acceptaient trop de choses de sa part, réclamant sans arrêt qu'on le « cadre » davantage.

De l'utilisation stratégique du statut de sujet-malade

- 46 À l'inverse de Sébastien, certains patients jouent de l'attribution de responsabilité, l'utilisant de manière stratégique afin de se dégager de la responsabilité de leurs propos sans pour autant être exclus de la « communauté des personnes raisonnables » (Pharo, 1990). L'exemple suivant est en ce sens emblématique :

Lors d'un grand colloque hebdomadaire, Isabelle se met à parler de ses idées suicidaires sur le ton de la rigolade, en incluant dans ses plaisanteries des scénarios de tentatives de suicide ayant eu lieu récemment dans l'enceinte de l'Unité et ayant particulièrement marqué les patients comme les soignants. Isabelle est alors réprimandée par la psychothérapeute qui lui rappelle que le thème du suicide est lié à beaucoup de souffrances chez les personnes ayant des problèmes psychiques et qu'il n'est pas approprié d'aborder ces questions-là de manière aussi légère dans le groupe. Isabelle répond alors que si elle était capable de tenir des propos appropriés, elle ne serait pas ici, elle n'aurait pas besoin de soin, et que c'est bien

parce qu'elle est malade qu'elle parle de cette manière. Les soignants lui donnent raison.

- 47 Cet exemple est particulièrement intéressant de par son caractère paradoxal. En effet, si le fait d'attribuer la responsabilité à la maladie a tendance à destituer l'individu de ses capacités de sujet, l'usage stratégique d'attribution de responsabilité que fait Isabelle met en exergue une grande capacité sociale et rhétorique. Un tel usage lui permet ainsi de se dégager de la responsabilité de ses propos sans pour autant soulever de doute quant à son statut de sujet.

Conclusion

- 48 Comme nous l'avons vu, dans cette unité psychiatrique, il est rare que des attributions de responsabilité se fassent uniquement à la faveur de l'individu ou uniquement à la faveur de la maladie. Généralement, l'évaluation morale des actions d'une personne donne lieu à des attributions groupales différenciées. Ces dernières peuvent voir s'opposer les soignants et les patients mais, plus souvent, elles voient s'opposer une partie des soignants et des patients à une autre partie d'entre eux. L'individu interpellé, quant à lui, a une variété de réponses possibles à ces attributions. Il peut s'attribuer la responsabilité, essayer d'attribuer la responsabilité à sa maladie, ou encore jouer du statut de sujet malade, se destituant de la responsabilité de ses propos sans jeter le doute sur son statut de sujet.
- 49 Les attributions de responsabilité peuvent être influencées par divers facteurs. Fonctionnant comme une « protection » de la personne, l'attribution de responsabilité sera plus facilement faite à la maladie lorsque des liens affectifs forts existent avec la personne qui s'est « mal comportée ». De même, une visibilisation préalable de la maladie permettra plus facilement d'attribuer la responsabilité du comportement de la personne à sa maladie. Enfin, les attributions varient également en fonction de la place qui est occupée dans la communauté.
- 50 Dans leur article sur la question du consentement pour les personnes sous tutelle, Benoit Eyraud et Pierre A. Vidal-Naquet montrent la difficile articulation entre autonomie (au risque de ne pas protéger) et protection (au risque de priver la personne de son autonomie). Ils montrent alors comment cette articulation doit être pensée « non point comme un résultat impossible mais bien plutôt comme un mouvement ne s'arrêtant jamais ni au pôle de l'autonomie ni à celui de la protection » (Eyraud et Vidal-Naquet, 2008, p. 126).
- 51 La question de l'attribution de responsabilité aux personnes souffrant de troubles psychiques tient également dans ce mouvement perpétuel entre une attribution à la maladie – qui permet à la fois de protéger la personne mais aussi de tenir compte de ses difficultés et incapacités ponctuelles – et une attribution à l'individu – qui vient rappeler à la personne qu'elle est un sujet comme les autres et que la maladie ne peut pas tout excuser. L'attribution de responsabilité n'est donc jamais définitive, mais toujours ré-évaluée. Ce mouvement d'un pôle à l'autre crée un espace pour la personne souffrant de troubles psychiques, une « marge de manœuvre » qui lui permet alors de « reprendre pied dans l'existence » (Corin, 2002). Pour Arnhild Lauveng – une Norvégienne qui a longtemps souffert de schizophrénie avant de guérir et devenir psychologue – les personnes souffrant de troubles psychiques se trouvent entre la responsabilité et

l'irresponsabilité et « le combat pour la guérison réclame un art tout particulier pour trouver l'équilibre entre les deux » (Lauveng, 2014, p. 80).

BIBLIOGRAPHY

- BARRETT R. (1998), *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- BREVIGLIERI M. (2008), « L'individu, le proche et l'institution. Travail social et politique de l'autonomie », *Informations sociales*, vol. 1, n° 145, pp. 92-101.
- CEFAÏ D. (2013), « Qu'est-ce que l'ethnographie ? Débats contemporains », *Persona y sociedad*, vol. XXVII, n° 1, pp. 101-120, n° 3, pp. 11-32.
- COOREN F. (2013), *Manière de faire parler. Interaction et ventriloquie*, Paris, Éditions Le bord de l'eau.
- CORIN E. (2002), « Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? retrouver sa voix ? », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 1, pp. 65-82.
- DE BONIS M. (1985), « Psychologie et évaluation de la responsabilité dans l'expertise psychiatrique », *Déviance et société*, vol. 9, n° 3, pp. 201-214.
- EHRENBERG A. (1991), *Le Culte de la performance*, Paris, Éditions Calmann-Lévy.
- EHRENBERG A. (2008), « Préface. L'ordinaire de la psychiatrie : une sociologie des relations entre patients et professionnels », dans VELPRY L., *Le Quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Éditions Armand Colin.
- ESTROFF S. (1998), *Le Labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- EYRAUD B. (2006), « Quelle autonomie pour les "incapables" majeurs ? Déshospitalisation psychiatrique et mise sous tutelle », *Politix*, vol. 1, n° 73, pp. 109-135.
- EYRAUD B. & P. A. VIDAL-NAQUET (2008), « Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesures de protection », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 14, pp. 103-127, (En ligne) <http://traces.revues.org/378>
- FAVRET-SAADA J. (1977), *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Éditions Gallimard.
- FERNANDEZ F., LÉZÉ S. & H. STRAUSS (2010), « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 1, n° 128-129, pp. 177-204.
- GARFINKEL H. (1964). « Studies on the Routine Grounds of Every Day Activities », *Social Problems*, vol. 11, n° 3, pp. 225-250.
- GENARD J.-L. (1999), *La Grammaire de la responsabilité*, Paris, Les Éditions du cerf.
- GENARD J.-L. (2007), « Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques? », dans CANTELLI F. & J.-L. GENARD (dir.), *Action publique et subjectivité*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, pp. 41-64.

- GENARD J.-L. & CANTELLI F. (2008), « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS*, (En ligne), <http://sociologies.revues.org/1943> .
- GILBERT M. (2003), *Marcher ensemble. Essai sur les fondements des phénomènes collectifs*, Paris, Presses universitaires de France.
- GOFFMAN E. (1963), *Behavior in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*, New York, Free Press of Glencoe.
- GOFFMAN E. (1974), *Les Rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de minuit.
- GOFFMAN E. (1987), « La position », dans *Façons de parler*, Paris, Les Éditions de minuit.
- GRAVOUIL J.-F. (2013), « Réguler un groupe : un enjeu majeur », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n° 2, pp. 117-128.
- HELLER MIAZZA S. & Y. BUSSY (2014), « Une vie satisfaisante avec la psychose », *Santé mentale*, n° 191, pp. 50-54.
- KAUFMANN L. (1999), « Esprit, es-tu là ? Le sociologue et l'autorité de la première personne », *Information sur les Sciences Sociales*, vol. 38, n° 2, pp. 203-248.
- KAUFMANN L. (2013), « Le silence des agneaux. L'hospitalité libérale à l'épreuve du fondamentalisme », *SociologieS*, (En ligne), <http://sociologies.revues.org/4526> .
- LANGTON R. (1993), « Speech Acts and Unspeakable Acts », *Philosophy and Public Affairs*, n° 22, pp. 293-330.
- LANGTON R. (1998), « Subordination, Silence, and Pornography's Authority », dans POST R. (dir.), *Censorship and Silencing: Practices of Cultural Regulation*, Los Angeles, Getty Research Institute, pp. 261-284.
- LAUVENG A. (2014), *Demain j'étais folle. Un voyage en schizophrénie*, Paris, Éditions Autrement.
- LINDER A. & Y. BUSSY (2014), « Guérison et dynamique du rétablissement », *Santé mentale*, n° 191, pp. 44-49.
- LUHMANN N. (1990), *Essays on Self-Reference*, New York, Columbia University Press.
- MÉTAYER M. (2001), « Vers une pragmatique de la responsabilité morale », *Lien social et politiques*, n° 46, pp. 19-30.
- PAPERMAN P. (1992), « Les émotions et l'espace public », *Quaderni*, Automne, n° 18, pp. 93-107.
- PASSERON J.-C. & J. Revel (2005), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- PHARO P. (1990), « La question du pourquoi », *Raisons pratiques*, n° 1, pp. 267-309.
- PROTAIS C. (2014), « Psychiatric Care or Social Defense? The Origins of a Controversy over the Responsibility of the Mentally Ill in French Forensic Psychiatry », *International Journal of Law and Psychiatry*, n° 37, pp. 17-24.
- PROTAIS C. & D. MOREAU (2009), « L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé », *Champ pénal*, (En ligne) <http://champpenal.revues.org/7120>.
- QUÉRÉ L. (2000), « Au juste, qu'est-ce que l'information ? », *Réseaux*, vol. 18, n° 100, pp. 331-357.
- RÉMY C. (2005), « Quand la norme implicite est le moteur de l'action. Normes, déviance et réactions sociales dans un abattoir », *Déviance et société*, vol. 2, n° 29, pp. 103-112.

- ROELANDT J.-L. (2009), « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique*, vol. 85, n° 6, pp. 525-535.
- SAETTA S. (2013), « Le discours des experts psychiatres dans les affaires de "femicide" », *Histoire, médecine et santé*, n° 3, pp. 69-83.
- SAETTA S., SICOT F. & T. RENARD (2010), « Les usages des expertises psy au procès d'assises et les définitions pratiques de la responsabilité », *Déviance et société*, vol. 34, n° 4, pp. 647-669.
- SENON J.-L. (2004), « Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 162, n° 8, pp. 646-652.
- SENON J.-L. (2005), « Troubles psychiques et réponses pénales », XXXIV^{ème} Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité pénale, *Champ pénal*, (En ligne) <https://champpenal.revues.org/77>
- SERVAIS C. & V. SERVAIS (2009), « Le malentendu comme structure de la communication », *Questions de communication*, n° 15, (En ligne), <http://questionsdecommunication.revues.org/432>
- SKUZA K. (2013), *Dire la folie. Une grammaire sociologique de la schizophrénie*, thèse de doctorat, Institut des Sciences Sociales, Université de Lausanne.
- STAVO-DEBAUGE J. (2009), *Venir à la communauté. Une sociologie de l'hospitalité et de l'appartenance*, thèse de doctorat, EHESS, Paris.
- VELPRY L. (2008), *Le Quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Éditions Armand Colin.
- WEINBERG D. (1997), « The Social Construction of Non-human Agency: The Case of Mental Disorder », *Social Problems*, vol. 44, n° 2, pp. 217-234.

NOTES

1. Je tiens à remercier mes directeurs de thèse, la Prof. Laurence Kaufmann (Université de Lausanne) et Benoît Eyraud (Université de Lyon 2) pour leurs relectures attentives, leurs nombreux commentaires et leurs suggestions.
2. Comme me le fait justement remarquer Benoît Eyraud, la formulation « attribuer la responsabilité à la maladie » n'est pas tout à fait correcte. La responsabilité est attribuée ou non à l'individu, et dans le cas où on ne lui attribue pas la responsabilité (absence d'intentionnalité), alors on cherche une autre cause à son comportement (la maladie). Cependant, afin de ne pas alourdir le texte, j'ai choisi de garder cette formulation.
3. L'équipe soignante était composée d'un psychiatre, d'une psychothérapeute et de six infirmiers.
4. Ceux-ci sont consignés dans l'Unité. Seul un petit nombre de patients laissent leurs médicaments à l'Unité, notamment en cas de difficulté à gérer soi-même ses médicaments ou de risques de tentatives de suicide. Le reste des patients en hôpital de jour les conservent à la maison, gérant leur médication de manière autonome.
5. Comme me le fait justement remarquer mon collègue, le Dr Régis Marion-Veyron, cette opposition est probablement renforcée par le fait qu'elle renvoie dos à dos les catégories de « soignant » et de « patient ». Il est probable que si Jérémie avait agressé un autre patient, les patients auraient été plus divisés quant à l'attribution de responsabilité.

6. La notion de *silencing* a été développée par Rae Langton, à la suite des travaux de Rachel McKinnon. Elle renvoie à la manière dont un acte de langage est privé de ses effets illocutoires en disqualifiant une personne ou un groupe. En l'occurrence, le fait de considérer que « c'est la maladie qui parle » permet de disqualifier la personne qui parle – ou le groupe des « patients psychiatriques » – et, dès lors, de ne pas tenir compte de ce qu'elle/ils dit/disent.
7. La question des « agents non humains » qui font agir les individus – ou que les individus font agir – a également été développée, dans une perspective plus interactionnelle, par François Cooren (2013).
8. Cette idée renvoie à la psychose et aux hallucinations qui y sont parfois liées.
9. Dans les cas les plus graves, une exclusion peut se faire de manière immédiate. Cependant, souvent, le patient a droit à un premier avertissement écrit et n'est exclu que s'il « récidive ». Il est à noter qu'une exclusion de l'Unité est rarement définitive et qu'elle ne remet pas en question la prise en charge du patient dans les autres unités de l'institution.
10. Il s'agit là des liens prédominants, mais il va sans dire que des liens d'ordre affectif existent également dans une certaine mesure entre les soignants ainsi qu'entre les soignants et les patients.
11. Leur choix est passablement limité, notamment en raison des diverses pressions dues à la sur-occupation quasi-permanente des lits hospitaliers. Il est relativement rare qu'une demande de traitement à l'Unité provenant de l'hôpital « aigu » soit refusée.
12. Il est évident que cela est à nuancer au vu du caractère institutionnel de cette communauté ; j'ai cependant fait le choix de m'intéresser aux effets sur *la vie en communauté*, qui sont ressentis d'autant plus fortement que cette unité est située dans une grande maison au centre d'une petite ville et ne ressemble en rien à une unité hospitalière, faisant parfois oublier le caractère institutionnel de ce groupe de personnes.
13. Cela signifie que le patient n'est pas en phase aigüe de sa maladie, mais il se situe juste en deçà du seuil de décompensation et présente un certain nombre de symptômes.
14. Jean-Louis Genard et Fabrizio Cantelli ont conceptualisé l'« anthropologie disjonctive » en opposition à l'« anthropologie conjonctive ». L'anthropologie disjonctive considère que « l'homme serait forcément l'un OU l'autre, capable ou incapable, libre ou déterminé, actif ou passif » alors que l'anthropologie conjonctive considère qu'« il serait au contraire toujours forcément l'un ET l'autre » (Genard & Cantelli, 2008).
15. Certains médicaments entraînent effectivement une contre-indication à la conduite, ce qui n'était pas le cas de Christian.
16. À l'instar de Daniel Cefai, je considère que l'enquête ethnographique ne doit pas se limiter aux situations observées, mais doit y inclure différents documents – et notamment des échanges d'e-mails – comme autant de discours rencontrés sur le terrain (Cefai, 2013).
17. On retrouve ici la possibilité, déjà décrite par Robert Barrett, de reconstruire « la personne complète » grâce au travail en équipe (Barrett, 1998).
18. La possibilité d'exprimer, dans un groupe, des avis différents en acceptant de ne pas chercher à convaincre nécessairement l'autre est également l'un des principes – voire l'une des conditions – de la psychothérapie groupale (voir Gravouil, 2013).

ABSTRACTS

Psychiatric disease and subject: assignments of responsibility in a psychiatric unit

When a patient displays a problematic behaviour in a psychiatric unit, we tend to question his (ir)responsibility. The answer to this question is crucial, since an assignment of responsibility to the person might lead to his exclusion, whereas an assignment to his mental illness might deprive him from his status as a subject. Many factors act as a modulation of the assignments of responsibility. These assignments are not binary (responsible/irresponsible), but rather conjunctive, nuanced and temporary. All these variations around the responsibility will be the main focus of the present article, written on the basis of a two-year participant observation in a rehabilitation psychiatric unit.

Lorsqu'un patient présente un comportement problématique au sein d'une unité psychiatrique, se pose la question de son (ir)responsabilité. Une telle question n'est pas anodine puisqu'une attribution de responsabilité à l'individu pourra mener à son exclusion alors qu'une attribution à sa maladie le destituera de son statut de sujet. De nombreux facteurs viennent moduler ces attributions de responsabilité, qui se font le plus souvent non pas sur un mode binaire (responsable/irresponsable) mais de manière conjonctive, nuancée et temporaire. Ce sont toutes les variations autour de l'attribution de responsabilité que se propose d'explorer cet article, sur la base d'une observation participante de deux ans dans une unité de réhabilitation.

Enfermedad psiquiátrica y sujeto: atribuciones de responsabilidad en una unidad psiquiátrica

Quando un paciente presenta un comportamiento problemático en una unidad psiquiátrica, nace la pregunta de su (ir)responsabilidad. Tal interrogación no es anodina, puesto que una atribución de responsabilidad a la persona puede llevar a su exclusión, mientras una atribución a su enfermedad mental lo destituye de su estatus de sujeto. Varios factores modulan las atribuciones de responsabilidad, que en general, no se hacen de manera binaria (responsable/irresponsable), sino de manera conjuntiva, matizada y temporal. Son todas estas variaciones en torno a la responsabilidad que se propone de explorar este artículo, sobre la base de una observación participante de dos años en una unidad psiquiátrica de rehabilitación.

INDEX

Mots-clés: responsabilité, attribution de responsabilité, psychiatrie, santé mentale, rétablissement

Keywords: responsibility, assignments of responsibility, psychiatry, mental health, recovery

Palabras claves: responsabilidad, atribución de responsabilidad, psiquiátrica, salud mental, recuperación

AUTHOR

AUDREY LINDER

Doctorante à l'Institut des Sciences Sociales, Université de Lausanne - Chargée de recherche au service de psychiatrie de liaison, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne - Assistante de recherche à l'Unité de Recherche en Santé, Haute École de Santé Vaud, Lausanne, Suisse - Audrey.Linder@unil.ch