

Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques



LYDWIN VERHAEGEN

Auparavant, le destin psychiatrique d'un individu présentant des symptômes psychiatriques était la plupart du temps étroitement et uniformément défini: exclusion et abandon, souvent définitif d'autant plus probable que l'individu appartenait à un milieu défavorisé.

Aujourd'hui, les carrières possibles se sont multipliées. L'enfermement n'est plus la seule forme d'institutionnalisation psychiatrique de même que l'hôpital n'est plus la seule institution de soins psychiatriques.

On pourrait même dire que sous l'impulsion des nouvelles pratiques, il est devenu plus difficile de «faire carrière à l'asile». Le retour à une vie normale devient l'objectif prioritaire des soignants même si une logique économique et administrative de remplissage des institutions vient trop souvent court-circuiter la logique des traitements.

On rentre, on sort de l'hôpital. Si certains y vont plus fréquemment qu'avant, ils y restent aussi moins longtemps. Les carrières sont discontinues et les patients alternent les séjours à l'intérieur et à l'extérieur.

La question qui s'est alors posée à nous était d'identifier les différentes variables qui interviennent dans la construction de ces nouvelles carrières.

En fonction de quelles données les individus toujours acteurs ont-ils des stratégies différentes par rapport à l'institution et aux professionnels?

Cette question peut se résumer plus simplement à celle posée par Baechler à l'occasion de son étude sur les suicides: *Quels hommes cherchent quelles solutions à quels problèmes?*

Cela suppose évidemment de concevoir la maladie et ses comportements associés en termes de stratégies individuelles, c'est-à-dire comme le degré de rencontre entre la capacité d'action d'un individu et les opportunités qu'il saisit.

La méthode choisie fut celle des récits de vie recueillis à l'aide d'interviews approfondies et répétées¹.

Cette méthode pose aux chercheurs des problèmes d'analyse qui sont loin d'être résolus. En psychiatrie, les questions posées par cette méthode sont plus aiguës car la parole est un enjeu; elle est pouvoir et toute interaction est surchargée de sens².

1. C'est une méthode qui connaît actuellement un regain d'intérêt chez les chercheurs travaillant dans des champs différents. Certains d'entre eux sont réunis cependant autour des problèmes méthodologiques que posent les récits et autour de questions épistémologiques telles que le statut du vécu, le statut de la parole des acteurs, etc. (cf. le Working Group on the Life History Approach in the Social Sciences).

2. Nous avons relaté dans un autre article certaines des difficultés et particularités de cette méthode appliquée à une recherche en psychiatrie. (cf. L. Verhaegen, «Itinéraires psychiatriques», in *Perspectives*, n° 4, 1984. Louvain-la-Neuve.)

Furent ainsi recueillis une trentaine de récits (35) de patients de sexes différents, situés dans des conditions de vie différentes, ayant eu des trajectoires différentes et faisant face à des problématiques psychiatriques différentes. Les récits de patients issus de divers univers furent recueillis dans des conditions d'hospitalisation identiques, c'est-à-dire, suite à une situation de crise.

Les principes d'analyse appliqués aux récits recueillis furent ceux de «*saturation*» (H. Becker) et de «*negative case*» (Lindesmith)³; l'intuition clinique a opéré aussi largement. Elle est basée sur une connaissance concrète du terrain — qui allait croissant au fur et à mesure de l'enquête.

Jusqu'à présent nous avons distingué trois types d'usage différents de l'institution psychiatrique. Certains patients confèrent à leur entrée en hôpital psychiatrique une signification de refuge ou d'asile. Ils ont tendance à s'y installer et font preuve de stratégies d'intégration. Ils y sont logés, nourris, blanchis et surtout ils ne sont plus seuls.

Pour d'autres, les hôpitaux auxquels ils n'échappent pas facilement sont destructeurs comme le reste des circonstances actuelles de leur vie. Ils se sentent mal dedans et mal dehors et se défont difficilement d'un rapport affectif à l'institution. Ils font des allers et retours entre l'hôpital et le monde extérieur.

D'autres encore lui donnent une signification instrumentale plus proche de sa fonction première, le soin. Leur vie sociale est riche, la maladie ne constitue pas une réelle rupture avec la vie normale.

L'hôpital est alors un lieu où l'on entre en période de crise et que l'on quitte quand on va mieux. Il a un rôle fonctionnel mais périphérique et les professionnels apparaissent comme des techniciens.

Un examen plus attentif de ces comportements a permis de dégager les variables les plus discriminantes qui sont à la base de ces comportements. Nous avons distingué jusqu'ici des variables «psychiatriques» et des variables «sociales», des variables ayant trait au passé et d'autres se rapportant à la situation actuelle de l'individu.

Ces différentes variables interagissent les unes sur les autres et sont reliées entre elles par une causalité systémique.

Pour plus de facilité, on peut les représenter de la manière suivante :

	Éléments psychiatriques	Éléments sociaux
<i>passé</i> Éléments du <i>passé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Institution psychiatrique (professionnel — médical — institution) 	<ul style="list-style-type: none"> • Origine sociale • Trajectoire socio-professionnelle, c.-à-d. type de mobilité <ul style="list-style-type: none"> — sens — où (= moment de rupture)
	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la pathologie • Évolution des institutions • Multiplication des services • Offre <ul style="list-style-type: none"> — secteur — H.P. — hop. gén. etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût de renonciation à l'activité sociale <ul style="list-style-type: none"> — <i>réel</i> enfant-famille travail, activité sociale = ressources concrètes vie affective — intégration sociale — <i>symbolique</i> identité (cf origine sociale) stigmaté (= manière dont est vécue l'hospitalisation)
<i>présent</i> Éléments du <i>présent</i>		

3. Le principe de saturation a été défini par Becker par opposition à celui de la représentativité des échantillons d'enquête par questionnaire. La représentation de la population est obtenue par saturation, c'est-à-dire que le chercheur

CARRIÈRES PSYCHIATRIQUES

C'est devenu un lieu commun sociologique de dire que l'institution n'est pas seulement un lieu thérapeutique mais aussi un lieu social.

Le rôle social qu'elle peut jouer pour le patient est lié aux réseaux sociaux que l'individu expérimente et à l'ensemble des ressources dont il dispose.

C'est ainsi qu'une variable comme *le coût de renonciation à la vie sociale* détermine largement les diverses trajectoires.

Ce coût peut être défini en termes symboliques ou réels. Il dépend à la fois de ressources concrètes propres à l'activité sociale, au revenu, à l'intégration familiale, à la qualité du temps vécu à l'intérieur de l'hôpital.

Ce coût dépend aussi d'éléments symboliques liés à l'identité du patient. La manière dont est vécue l'hospitalisation en psychiatrie et les stigmates honteux qu'elle peut représenter pour certains patients influencent aussi leur stratégie par rapport à l'institution psychiatrique.

Cette signification honteuse, le stigmate conféré à la psychiatrie, renvoie à d'autres éléments individuels liés au passé du patient :

— l'origine sociale du patient.

Les interviews d'individus situés dans des classes sociales différentes montrent des perceptions différentes des troubles mentaux selon l'appartenance sociale. Les différentes représentations de la maladie mentale sont proches de celles mises à jour par les travaux de Boltanski.

— le *sens* de sa trajectoire sociale (linéaire, ascendante ou descendante).

— la *rupture* dans la trajectoire sociale :

le moment où dans cette trajectoire est arrivé l'accident qui a mis le patient en contact avec la psychiatrie pour la première fois, c'est-à-dire ce que cet épisode est venu briser comme projets de l'individu lui-même.

La mobilité sociale a souvent été étudiée par les sociologues médicaux comme une variable indépendante intervenant dans la production des troubles mentaux. Elle accroît effectivement le nombre de sujets qui se trouvent dans des situations anomiques c'est-à-dire de rupture⁴.

Des études ont montré que les individus qui montent dans l'échelle sociale comme ceux qui la descendent, présentent un taux plus élevé de psychoses et de névroses que ceux qui se maintiennent au même niveau.

La mobilité sociale ascendante comme la mobilité sociale descendante serait associée à des troubles psychologiques.

Les interviews mettent à jour l'importance d'un autre facteur présent dans la relation mobilité sociale-carrière psychiatrique (ou morbidité) : la disparité qui existe entre le niveau d'aspiration d'un individu et son niveau de réussite. Ce facteur intervient surtout dans la manière dont l'individu qui a eu un projet brisé à un moment donné, rationalise sa situation actuelle de patient psychiatrique et présente sa vie.

Les progrès thérapeutiques tout comme les stratégies des professionnels et la multiplication des institutions interviennent bien sûr largement dans les profils des carrières médicales.

Mais dans cet article, sont décrits uniquement les variables ayant trait au patient dont l'agencement est déjà suffisamment complexe. Ainsi, dans le processus de production de carrière psychiatrique, intervient la problématique psychiatrique du patient. C'est une variable qui peut paraître gênante dans le cadre d'une étude sociologique mais l'honnêteté m'oblige au moins à l'intégrer.

Les premiers épisodes psychiatriques et leurs conséquences sont alors responsables de la rupture d'une trajectoire théoriquement plus brillante que ce qu'elle n'a été.

Voici quelques éléments intervenant dans la production d'une carrière psychiatrique faisant partie de la vie sociale de l'individu, indépendamment de ses troubles psychiatriques et de l'offre médicale.

parvient à reconstituer la mosaïque complète du groupe qu'il a étudié par agencement de chaque élément par rapport aux autres, comme au terme d'un puzzle, c'est-à-dire lorsque l'information nouvelle devient redondante par rapport à celle qu'il possède déjà. La saturation reste toujours relative à un type de représentation qui est une construction formelle du chercheur pouvant toujours être remplacée par une autre. Le *principe de negative case*, formulé par Lindesmith, consiste quant à lui en la recherche systématique du cas négatif qui remet en question les hypothèses précédentes. Ainsi, un patient maniaco-dépressif a fait la démonstration par l'absurde d'une carrière psychiatrique «réussie».

4. Hollinghead, Ellis et Kirby, «Social psychological correlates of upward social mobility among unmarried career women», *Amer. Soc. Rev.*, 17, 1952, 558-563.

Il reste les éléments ayant trait au *versus* médical. Bien sûr l'offre médicale joue en priorité mais elle est en soi un sujet d'étude traité ailleurs⁵.

Un patient présentant une symptomatologie maniaco-dépressive n'effectue pas la même carrière institutionnelle qu'un patient schizophrène ou alcoolique⁶.

Outre le fait que ces troubles ont des conséquences sociales différentes, on ne peut séparer le trouble de sa fonction, du contexte où il prend forme. Sans entrer dans l'étude de la cause de la maladie, il serait néanmoins intéressant d'orienter les recherches à ce sujet du côté des hypothèses défendues par les anthropologies médicales à propos de la relation qui existe entre la forme du trouble et les moyens mis à la disposition de l'individu, c'est-à-dire le contexte⁷. La maladie, constitue alors l'institutionnalisation d'un rapport de l'individu avec son environnement⁸.

* On peut distinguer les moyens dont dispose l'individu personnellement (capital social, culturel, privilèges...) et les moyens de plus en plus nombreux et diversifiés que lui offre l'institution médicale. Parmi ceux-ci, citons simplement l'effet produit par la garantie de prise en charge par l'État et ses institutions.

Autre élément lié à la fois à l'individu et au système psychiatrique: les représentations que se font les patients de leur trouble. Elles peuvent avoir une incidence sur leur comportement face à l'institution psychiatrique comme d'ailleurs tout élément discriminant qu'il faut intégrer dans la présentation de soi.

La maladie mentale véhicule des notions de culpabilité, de simulation... le malade se trouve souvent dans l'obligation d'affirmer sa maladie, tout en se démarquant des «fous»; il oscille entre cette obligation de «s'assumer» et la revendication de son irresponsabilité, etc.

L'absence de définition objective ou l'excès et la variabilité des définitions de la maladie mentale est ainsi un élément essentiel dans la manière dont les individus se situent; se démarquent ceux dont la position culturelle, et peut-être le type de pathologie, permettent d'accepter, voire même de revendiquer, une «folie» qui peut être valorisée.

L'exemple type étant celui d'un artiste maniaco-dépressif⁹ connaissant bien une maladie à laquelle il s'est adapté, considérant qu'elle provient d'une extrême sensibilité qui est justement la condition de son expression artistique, par ailleurs reconnue, car il a du talent.

La maladie n'est plus un frein matériel ou symbolique comme elle l'est pour la majorité des gens cumulant les handicaps culturels et sociaux.

Dans la typologie suivante, tirée des récits de patients hospitalisés à plusieurs reprises, on verra comment ces différents éléments s'articulent les uns avec les autres.

5. Cf. L. Verhaegen, *les Psychiatries* (à paraître), aux Éditions Cabay, Louvain la Neuve, avril 1985.

6. Les durées de séjour ne sont pas les mêmes selon les troubles; il est sûr qu'à ce niveau les progrès médicaux comme la mise au point de l'utilisation du lithium dans la thérapeutique de la maniaco-dépression influencent directement la carrière institutionnelle du patient (cf. F. Mesle, J. Vallin, «La population des établissements psychiatriques: évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale?», *Population*, 1981 (1035-1068).

7. Les anthropologues médicaux nous ont montré comment dans des sociétés moins complexes que les nôtres, il est plus facile de ne pas limiter la compréhension de la maladie à un simple fait médical réductible à des éléments physiologiques et biologiques perceptibles par le regard, mais d'envisager d'autres dimensions en la considérant comme un fait socio-historique et psychosocial (cf. G. Bibeau, «L'organisation NGBANDI des noms de maladies», in *Anthropologie et société*, 1978, vol. 2, n° 3). Aujourd'hui les théories psychiatriques systémiques sur l'enfant ou le parent symptôme d'un dysfonctionnement du groupe sont un pas dans cette direction car elles opérationnalisent la relation du patient avec son environnement.

8. Ainsi les tentatives de suicide (T.S.) deviennent une forme institutionnalisée d'appel à l'aide. L'augmentation des T.S. constitue un des meilleurs exemples actuels de la relation qui lie la demande de soins à l'offre des professionnels ou en d'autres termes entre le taux de morbidité d'une population et les moyens mis à sa disposition. Cette augmentation ne peut se comprendre sans tenir compte de l'extension parallèle des moyens mis en œuvre pour s'en occuper. Une grève des médecins révéla le poids de l'offre sur l'augmentation des T.S. Pendant toute cette période où la population n'avait plus la garantie d'être prise en charge, le nombre des T.S. a chuté de manière significative comme d'ailleurs tous les motifs de consultations dits bénins. La restriction de l'offre a créé une baisse significative de la demande. En s'organisant pour répondre à la demande de la population, les professionnels participent à créer la forme qu'empruntera la demande de l'individu, la forme étant ici les médicaments. L'organisation médicale devient l'une des formes professionnalisées de la relation d'aide dans les sociétés occidentales. (Pour plus de détails, voir L. Verhaegen, *op. cit.*, p. 182 et s.).

9. La maniaco-dépression est de toutes les maladies mentales celle dont le caractère organique et héréditaire est actuellement le mieux démontré sans qu'en soient tirés pour autant des éléments de causalité. Cette organicité du trouble joue un rôle clé dans l'imagination associée à la maladie. On comprend ainsi l'enjeu actuel d'une représentation déculpabilisante de la maladie mentale, fournie par la psychiatrie biologique qui dédramatise les troubles mentaux aux yeux des patients.

GROUPE I. «LES HÔPITAUX SONT DEVENUS LEUR DOMICILE FAVORI»

Nous désignons ainsi les patients qui font preuve de *stratégies d'intégration* face à l'hôpital psychiatrique, c'est-à-dire qui cherchent à y entrer et à y rester le plus longtemps possible.

Ce sont des individus, hommes ou femmes, qui n'ont plus rien à gagner dans la société. Leur position sociale ne peut leur apporter ni statut, ni compagnie, ni revenu garanti. Souvent, ils vivent d'allocations d'invalidité ou d'handicapé. Et, si d'aventure, ils travaillent ou espèrent travailler, c'est en atelier protégé étant entendu qu'ils rentrent le soir à l'hôpital ou dans la maison d'accueil.

Le coût de renonciation à la vie sociale est très faible et l'intégration à l'hôpital psychiatrique est, dans ce cas, une stratégie tout à fait rationnelle d'optimisation des ressources, étant donné ce qu'elles pourraient être ou sont par ailleurs. C'est toujours au regard de la situation de vie hors de l'hôpital, que se définissent les stratégies d'hospitalisation appelées hospitalisme par les professionnels, elles consistent simplement à utiliser l'institution pour les bénéfices secondaires qu'elle procure.

L'hospitalisation psychiatrique elle-même devient une adaptation secondaire en ce sens qu'elle permet à l'individu, au sein d'un système de contraintes d'utiliser l'institution à des fins «illicites» ou, du moins, qui s'écartent de sa fonction primaire, c'est-à-dire les soins.

L'hospitalisation en psychiatrie représente «une bonne affaire» pour l'individu à un moment donné, car il peut ainsi se soustraire à des obligations familiales ou professionnelles et bénéficier gratuitement de soins médicaux et surtout, vivre dans des conditions dont il ne bénéficierait pas ailleurs, jouir de la sollicitude ou du confort hospitalier.

Je voudrais retourner à B. parce que là au moins on s'occupe de vous. Quand cela ne va pas, qu'on me voit réfléchir dans un fauteuil, pensif, on vient me demander ce qu'il y a... On peut jouer au scrabble, des jeux d'un niveau plus élevé que la belotte, tandis qu'ici (hôpital général) personne... Il n'y a rien, pas de distraction, pas un jeu, il n'y a pas de musique, juste le soir on met la télévision. C'est tout. On ne sait pas vivre... (Homme, 43 ans depuis 7 ans en hôpital psychiatrique.)

La définition de ce qu'est «une bonne affaire» est bien sûr tout à fait relative. Pour certains, peu importe le stigmate de l'hôpital et l'éventuelle atteinte narcissique, il vaut encore mieux être pris en charge à l'hôpital psychiatrique que devoir se prendre en charge dehors.

Comme le signalait déjà Goffman en 1961, «il serait encore possible d'étudier dans les hôpitaux psychiatriques cette apathie et cette recherche d'une place sûre qui caractérisent les années de dépression et qui se sont conservées comme embaumées dans l'ombre de l'institution» (5).

On est quand même limité aujourd'hui avec la crise et à mon âge (48 ans passés), alors... je ne peux pas retourner à mon ancienne place, le médecin ne veut pas parce que c'est trop dur pour moi. Alors j'ai fait une demande pour travailler en atelier protégé, même si je gagne très peu (centre de post-cure). Mais je ne dois plus dire ce que je pense à la Direction, car sinon elle risque d'augmenter ma pension et si je travaille, c'est quand même pour avoir de l'argent de poche, mais si elle augmente ma pension, alors je n'ai plus d'intérêt à travailler. (Homme, 48 ans, invalide, 3 séjours en hôpital psychiatrique, est marié au Centre A depuis 2 ans où il s'est mis en couple avec une autre pensionnaire.)

Mais dans le calcul coût-bénéfice que fait le patient, il peut rester un coût marginal qui est plus ou moins pesant suivant les trajectoires sociales. Il s'agit du stigmate que peut représenter l'hospitalisation en institution psychiatrique.

Car la manière dont est vécue l'hospitalisation en psychiatrie ne dépend pas uniquement des conditions objectives de vie actuelle, mais dépend aussi du type de mobilité sociale du patient et des projets qu'il lui associe.

Les récits nous montrent comment, dans la plupart des cas, le moment d'entrée dans le circuit hospitalier se situe à partir d'une rupture de la vie sociale, qui à son tour entraînera d'autres. Ainsi est amorcé un processus cumulatif.

Mais pour ce groupe de patients, cette rupture fait partie du cycle des accidents de la vie, comme il en existe d'autres. Ce n'est pas l'ACCIDENT.

La vie n'a de toute façon jamais été facile, ni l'individu promis à un grand avenir.

La rupture ne découle pas directement du passé, mais elle lui est reliée de manière linéaire. Tout récit de vie est souvent construit en fonction de tout ce que l'on a vécu, de tout ce à quoi on a pensé pouvoir prétendre en fonction de ce que l'on pensait être. C'est par rapport à cette

position de départ, potentiel de ressources économiques, familiales, personnelles que l'individu peut aspirer à devenir tel ou tel suivant un cursus normal.

Et pour les patients qui s'installent sans trop de conflits psychologiques ou d'atteintes narcissiques dans le système psychiatrique, les événements qui ont provoqué la cassure n'ont pas brisé des projets bien définis: ils s'inscrivent dans une trajectoire en dents de scie, déjà marquée par l'instabilité.

Si le stigmate de la psychiatrie est peu pesant, c'est aussi parce que les représentations de la maladie sont essentiellement *d'ordre physique*. Hommes ou femmes, jeunes ou vieux, peu importe, le consensus est à ce sujet unanime. Les troubles qui les affectent et qui justifient leur séjour en institution sont d'ordre organique et non psychique. Les processus de conversion sont différents selon les individus, mais ils ont toujours le même but: démontrer l'organicité du problème.

Le médecin trouve illogique et anormal que je sois en psychiatrie alors que j'ai une lésion au cerveau et que le Docteur X de l'institution que j'ai faite pour la première fois m'avait interdit le travail... enfin, je ne dis pas que je suis un malade mental, mais le fait est que j'ai des pertes de mémoire et puis j'ai des vertiges. C'est une lésion. C'était il y a 10 ans, que j'ai eu ma première attaque, ma mauvaise attaque parce que je buvais trop de café et c'est à ce moment-là d'ailleurs que j'ai eu ma première ponction lombaire et puis j'ai été déclaré invalide par la mutuelle. J'ai reçu un jour une vignette bleue, «invalide à 100%; lésion au cerveau irréversible».

(Homme, 41 ans, vit en hôpital psychiatrique depuis 10 ans.)

Les patients psy se construisent une représentation organique de leur situation avec les moyens dont ils disposent. Fréquemment, il s'agit d'éléments tirés du discours médical qu'ils s'approprient pour se constituer une identité de malade.

Nous avons souvent constaté aussi qu'en utilisant ces notions d'ordre physiologique, *le patient se sent et s'affirme plus attaqué qu'il n'est coupable*.

Pour ces individus pour qui la maladie représente un mode de prise en charge global, où l'identité de malade devient l'identité de l'individu, une conversion narcissique est nécessaire dans le scénario de vie. Soit la maladie est un événement indépendant des qualités personnelles de l'individu, soit elle est définie en termes d'interaction entre l'individu faible parce que trop sensible et le milieu trop dur pour lui.

Ce sont donc des stratégies *d'intégration* au système médical que mènent ces patients qui recherchent l'hôpital et ses avantages, et qui ont une attitude dysfonctionnelle par rapport à l'institution. Leur demande n'est pas une demande de soins, mais une demande de prise en charge globale (financière, psychologique et sociale). Comme nous l'avions déjà constaté lors de la consultation de psychiatrie, en deçà d'un certain niveau de vie (capital fait du revenu...), la demande adressée au corps médical est une demande *de préservation sociale*.

GROUPE II. L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE «COÛTE TROP CHER»

Les individus de ce deuxième groupe qui ont fréquenté ou qui fréquentent toujours l'hôpital ne désirent plus y retourner. Les passages en hôpital psychiatrique sont d'un prix trop lourd, soit que le stigmate de la psychiatrie les touche de trop près, soit que la vie en société présente encore suffisamment de bénéfices pour qu'ils y trouvent de l'attrait.

Ils font preuve des mêmes *stratégies d'évitement* par rapport à l'hôpital psychiatrique; et cela, peu importe que le moment de «cassure» dans la trajectoire de vie et de fréquentation des institutions soit différent pour chacun d'eux.

Il convient néanmoins de distinguer deux sous-groupes suivant que le «coût» de l'hôpital psychiatrique soit plus symbolique que réel.

1. «J'étais née pour être heureuse.» (femme, 43 ans, 10 ans d'hôpital psychiatrique).

Au départ, les conditions de vie laissaient supposer que, sans «accidents», ces individus ne devraient se retrouver en institution psychiatrique qu'à 40 ou 50 ans, en compagnie de personnes qu'ils estiment fort différentes d'eux, notamment sur le plan social.

Nous nous basons ici sur les récits de trois personnes issues des classes moyennes ou supérieures et dont la trajectoire sociale a connu une cassure impardonnable à partir de laquelle la chute fut rapide et irréversible.

L'entrée dans l'univers de la psychiatrie résulte d'un concours malheureux de circonstances et marque le début de la descente d'une trajectoire de vie qui jusque-là se déroulait plutôt de

manière ascensionnelle. Tous aussi, ils partageaient *une situation déjà marginale* (mère célibataire, homosexuelle, colon...). Principalement deux femmes, que nous avons bien connues à travers nos pérégrinations hospitalières, menaient une vie où l'activité intellectuelle comptait beaucoup et était satisfaisante. Avec les premiers séjours en hôpital psychiatrique s'amorce le point de non retour, le début d'une nouvelle tranche de vie, marquée essentiellement par la psychiatrie. Elle l'est d'autant plus facilement que le travail régulier se perd et que ces personnes tombent dans d'autres circuits professionnels moins sûrs, moins stables et parfois aussi moins valorisants dès lors qu'on a pu goûter à autre chose.

Une fois le processus enclenché, il ne peut que continuer. Le temps passé en institut s'allonge. La santé est minée, les relations avec l'entourage se rétrécissent ou se détériorent, les crises se multiplient et se rapprochent. Tout s'accumule.

Cette descente est perçue par le sujet comme une déchéance par rapport à autre chose qu'il a été et auquel il a cru pouvoir prétendre, étant donné un capital intellectuel et social de départ. Le décalage est grand et lourd à porter. Pour chacun d'eux, la réussite d'autres membres de la famille rappelle cruellement le déclassement.

Leur appartenance aux classes supérieures et la proximité de la culture médicale qui en résulte leur interdisent le recours à la somatisation qui est une des techniques de distanciation efficace. Aussi, trouve-t-il un coupable, tels les électrochocs ou l'haldol qui ont abîmé le cerveau. L'individu est victime d'une agression extérieure, d'une injustice sociale. Ou encore, c'est le jeu des circonstances qui est responsable du déclassement avec au départ la présence de circonstances atténuantes, telle une qualité personnelle. Mais ces qualités comme le «refus d'autorité», le «trop-plein de personnalité», «le fait d'être des gens difficiles à mater», ont des conséquences sociales négatives. C'est alors une conception de soi anarchiste qui légitime différents épisodes malheureux.

Au centre de tous les récits enregistrés, nous retrouvons un principe justificatif plus ou moins cohérent, qui permet d'intégrer sans trop de heurts les éléments négatifs de son sort.

Mais ce trucage ne leur suffit pas pour se reconstruire une image d'eux-mêmes. L'échec reste le sentiment dominant. Parfois même, un sentiment de destruction est explicitement exprimé par ces patients. Ainsi pour l'une d'entre eux, le statut d'invalidé qui lui procure les moyens matériels d'existence est perçu comme une mutilation supplémentaire. Il intervient comme une ultime condamnation sociale en écho au stigmate de l'hôpital psychiatrique.

Depuis que j'ai reçu une vignette de la mutuelle, comme quoi j'étais invalide, je me sens mutilée socialement. Je ne vaud même plus la peine d'aller chez le médecin-conseil. J'ai répété partout qu'à T. on m'a donné un médicament qui m'a changée mes facultés mentales, tout le monde me dit que non, mais moi je sais que c'est cela. Je me sens tellement diminuée que je n'oserais même plus faire des travaux pour les gens, je n'ai plus confiance en moi. (Femme, 43 ans, invalide à 100%, 10 ans d'hôpital psychiatrique.)

La diminution des facultés mentales est ressentie d'autant plus cruellement qu'elles étaient précédemment fort valorisées et que la vie intellectuelle était importante. C'est aujourd'hui *l'anéantissement*.

Chez une autre personne, on assiste au contraire à une recherche *volontariste*, où la patiente se teste sans arrêt et où elle tente de déplacer les limites que lui a imposées sa carrière psychiatrique. Malgré les circonstances, elle entend rester maître de son destin et s'oppose ainsi à la définition que la société lui donne d'elle. Elle transpose le même comportement promotionnel en psychiatrie que dans la vie sociale.

Quand je suis sortie de l'hôpital, j'ai suivi ce cours d'allemand et j'ai été dans les pays de l'Est avec ma petite R4. Au fond c'était des tests pour voir si je pouvais recommencer quelque chose. J'étais très contente parce que, Bon Dieu, quand on sort d'où je suis sortie, c'est une satisfaction de se dire qu'on n'est pas uniquement sur un acquis de 20 ou 25 ans et qu'on peut réassimiler les choses.

(Femme, 42 ans, ancien professeur de lycée, prépensionnée, 5 ans d'hôpital psychiatrique.)

À partir de ce moment-là, la vie peut continuer car on n'est pas nécessairement ce que la société a défini, c'est-à-dire un invalide ou un pensionné. Contrairement au premier groupe, c'est le *rejet de l'identité de malade* qui guide les conduites actives ou passives de l'individu. Tout le comportement de l'individu est guidé par la volonté d'échapper au statut que lui impose la société ainsi qu'au stigmate qu'est le passage en hôpital psychiatrique. Il veut échapper à

cette réalité, soit passivement en prenant des somnifères pour que le temps passe plus vite ou activement au travers d'une série de défis que l'individu s'impose pour se prouver qu'il dispose toujours de ses moyens.

Leur attente du système médical, et particulièrement de la consultation de la psychologue à l'hôpital général, est très aiguë et ces personnes se conforment selon toute apparence et non sans ambiguïté au traitement défini par les professionnels, à savoir la psychothérapie. Elles appartiennent au même univers culturel que les soignants. Sans difficulté, elles font preuve de ce «moi observateur», de cet esprit d'examen nécessaire à la démarche introspective, qui découle de l'éducation.

Cette attente est d'autant plus importante que leur univers affectif est peu peuplé et que la prise en charge en hôpital général apparaît moins technique que l'hôpital psychiatrique.

Contrairement au groupe précédent qui tente de s'intégrer aux circuits «psy», ici ce sont des *stratégies de résistance* dont font preuve ces individus aujourd'hui déclassés par rapport à d'autres moments de leur vie, et, surtout, par rapport à l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes.

2. «J'ai été placé depuis l'âge de 4 ans, alors cela suffit!»

Tout comme pour le groupe II.1, il s'agit de résister à l'hospitalisation psychiatrique, mais pour d'autres raisons. Ces personnes connaissent les maisons d'accueil et les institutions depuis l'enfance pour des motifs d'abandon ou de troubles physiques. Elles sont passées aussi par l'hôpital psychiatrique. Actuellement, elles sont sorties de la filière, elles ont reconquis leur liberté et veulent la garder à tout prix. Le fait qu'il s'agisse d'hôpitaux psychiatriques importe peu, c'est à la vie en institution qu'elles veulent échapper. Ce sont aussi des éléments de leur vie relationnelle et affective (homme ou enfant) qui les motivent à résister à l'enfermement. Nous avons observé le phénomène opposé à celui qu'a décrit E. Goffman à propos de certains patients d'origine populaire qui avaient passé des années en orphelinat et pour qui le passage en hôpital psychiatrique ne modifiait en rien la carrière *morale* devenue seconde nature¹⁰. Nous avons constaté qu'au contraire, les femmes s'opposent à l'hôpital psychiatrique en raison même de ce passé auquel elles veulent échapper.

Grâce au mariage, elles se sont échappées, pour peu de temps, d'univers trop contraignants. Elles ont gagné une liberté, chèrement payée peut-être, mais elles n'entendent pas la perdre de si tôt.

Être sous la coupe d'un homme vaut mieux que tout l'or du monde.

L'homme est souvent au centre de leurs récits. C'est pour lui, avec lui et en lui que tout arrive. Il rythme leur histoire, contrairement aux hommes du groupe pour qui les épisodes professionnels rythment le cours de la vie, la femme étant présentée comme un élément parmi d'autres.

Cette triste tonalité peut bien souvent être vérifiée tant au sein des récits que d'autres interviews.

En effet, mis à part les récits de femmes homosexuelles, l'homme occupe toujours une place centrale. Par contre, chez l'homme, cette place est occupée par la vie professionnelle. Celle-ci est marginale pour les femmes sans qualification professionnelle. Elles n'ont *aucune identité professionnelle* et il se dégage un *fatalisme* sur le déroulement des événements de leur vie.

Un des rares points sur lequel elles font preuve de tenacité est le refus catégorique de l'hôpital psychiatrique. L'une d'elles s'est enfuie de l'H.G. croyant que le psychiatre allait la placer. C'est moins le label de l'hôpital psychiatrique que l'institution fermée, grillagée qu'il faut éviter à tout prix.

Les médicaments sont plus un moyen utilisé pour fuir une réalité trop difficile à supporter qu'une tentative de suicide. Après une première consommation, on recommencera lors de l'ennui suivant.

L'enfance et la condition actuelle sont reliées dans un rapport linéaire de cause à effet. Aujourd'hui est la suite logique d'hier, mais toute mauvaise que la situation actuelle puisse apparaître de l'intérieur, elle est toujours meilleure que ce qu'on a connu pendant l'enfance, c'est-à-dire les institutions, les placements successifs, le manque de liberté et le manque d'amour.

Ces patients font preuve également, de *stratégies de résistance*, mais pour d'autres motifs que les précédents.

10. Pour une définition de la carrière morale. Cf. E. Goffman, in *Asiles*, Éd. Minuit, 1968.

GROUPE III. «JE VAIS À L'HÔPITAL QUAND JE SUIS MALADE»
(Ou, à quelles conditions peut-on se payer ses crises?)

Ce troisième modèle de carrière psychiatrique diffère en tous points des deux autres. Le rapport fonctionnel que ces patients entretiennent avec l'hôpital psychiatrique est leur caractéristique principale. L'hôpital est un lieu de soins face auquel ils manifestent un important degré d'autonomie et dont ils aspirent à sortir pour aller vers un extérieur synonyme pour eux de liberté et d'activité. L'hôpital psychiatrique n'est pas un lieu auquel il faut à tout prix échapper ou dans lequel il faut rentrer. Il n'est simplement question que de s'y faire soigner.

Le rapport qu'entretiennent ces individus est fonction de leurs conditions de vie extérieure. Ainsi, pour comprendre comment, pourquoi et à quelles conditions les passages en hôpital psychiatrique ne modifient pas un destin, il faut regarder de plus près la position sociale du patient au moment de l'entrée en hôpital psychiatrique, le contenu de sa trajectoire de vie et la conception qu'il a de son trouble.

Tout d'abord nous avons été fort étonné de rencontrer des individus se déclarant eux-mêmes malades mentaux; jusqu'alors, nous avions toujours affaire au discours «je suis en psychiatrie, mais il n'y a pas de raisons pour que j'y sois».

Les individus qui se déclarent malades mentaux sont également ceux qui utilisent les services psychiatriques de manière instrumentale. Nous avons remarqué que les individus qui tiennent ce discours souffrent de troubles dont le caractère organique est actuellement le mieux mis en évidence, à savoir la maniaque-dépression. Dès lors, ces patients ne doivent pas recourir à divers processus de conversion somatique. C'est déjà fait et, de surcroît, c'est légitimé par le corps médical. De toutes les maladies mentales, c'est aussi une des plus nobles, en ce sens qu'elle touche principalement des individus plus intelligents que la moyenne.

Cela donne au patient les moyens d'avoir une certaine distance par rapport à sa maladie et à ne pas se sentir en cause en tant qu'individu. Mais d'autres éléments spécifiques à la trajectoire de vie du patient viennent aussi expliquer un tel mode de consommation des services psychiatriques. Celui-ci n'est possible que si les divers épisodes psychiatriques, crises et hospitalisations, n'ont pas eu de conséquences majeures sur la vie professionnelle, sociale et affective. Ceci nous renvoie à la position de l'individu sur la perte de mobilité sociale au moment de son entrée en psychiatrie.

Ainsi, par exemple, pour le patient type interviewé au sein de cette catégorie le premier séjour en psychiatrie à l'âge de 20 ans, ne fut pas la première manifestation de la marginalité. La rupture avec le milieu d'origine était déjà consommée: le père était fonctionnaire et le fils s'est retrouvé à Paris dans les bistrot, chantant heureusement avec succès. Il était déjà donc marginal par rapport à un modèle de carrière professionnelle que lui dictait son appartenance sociale.

Ce ne sont pas les passages en psychiatrie (4 longs séjours en 10 ans) qui impliquent une identité différente du commun des hommes, mais c'est son «tempérament d'artiste» qui, de toute façon, l'en différencie préalablement à ses yeux.

Or, il se fait que cet homme a su rentabiliser positivement ce qu'il juge un *tempérament trop sensible* et qu'il l'a exploité professionnellement avec assez de succès pour se construire une identité d'artiste solide et, d'ailleurs, reconnue par la société.

Grâce à son talent, il a pu intégrer sa différence au sein de la société et l'a rendue tout à fait vivable. Il n'est nul besoin pour lui de rationaliser ce qui pour d'autres apparaîtrait comme l'échec d'une vie. Les divers passages en psychiatrie ne remettent pas le sens de sa vie en question, ils en font partie au même titre que d'autres accidents. En quelque sorte, la maniaque-dépression et les passages en hôpital psychiatrique appartiennent aux *risques du métier* et sont le prix de la condition d'artiste. À la limite, ces crises et passages en hôpital psychiatrique constitueraient une preuve tangible de sa différence et de son tempérament d'artiste.

Je ne regrette pas du tout mon séjour en hôpital psychiatrique. Passer par là ou passer par autre chose, de toute façon dans la vie ce sont des épreuves. Au lieu de réagir comme les autres personnes, j'ai une manière de réagir un peu excessive qui nécessite un séjour à l'hôpital. Il y en a d'autres qui restent chez eux, qui n'ont pas besoin de passer par là. Ils arrivent à se dominer, mais ils font peut-être des crises autant que moi, mais d'une autre manière. Moi, j'intériorise tout et ça va tellement loin qu'il faut m'enfermer... Ainsi, à E. ils ont dû me bourrer de médicaments et me lier sur mon lit pour me calmer. C'est d'ailleurs très rare là-bas. Ils étaient même désolés de devoir le faire, mais il n'y avait pas d'autres solutions tellement j'étais agité. Il fallait le faire...

On n'assiste plus à une révolte contre les mesures prises par les soignants, mais à une résignation fataliste et apparemment détachée.

Il faut encore souligner ici l'incidence du milieu de travail qui est aussi le milieu de vie, où la tolérance face à ce genre d'épisode est plus considérable que celle qui anime la moyenne des milieux sociaux. La sanction qui pèse sur le patient sera donc moins élevée. À l'extrême, l'imaginaire collectif séculaire, qui associe l'Art et la folie, inclinerait à décerner des lettres de noblesse à la victime de tels épisodes.

Enfin, nous devons retenir de surcroît, que sur le plan familial, ce patient semble avoir bénéficié de conditions favorables qui l'aidèrent sans doute à ne pas verser dans le processus de déchéance décrit par ailleurs.

Ainsi, le fait d'être hospitalisé en psychiatrie n'induisait, à aucun égard, une rupture avec le mode de vie du patient.

Cet exemplaire nous montre qu'il faut réunir de nombreuses conditions sociales, affectives, professionnelles, ainsi que des qualités personnelles, pour que d'importants séjours en hôpital psychiatrique ne perturbent pas irrémédiablement ni même considérablement le cours d'une vie. Cela montre aussi que la logique institutionnelle du système psychiatrique renforce une détermination sociale ou familiale *déjà présente*. L'institution se superpose au milieu social, familial et professionnel dont elle double les effets déterminants sur l'individu. Dans le cursus psychiatrique, la position sociale du patient à la sortie dépend donc partiellement de sa position à l'entrée.

Les quelques éléments dégagés de nos interviews nous montrent d'emblée qu'on assiste à une diversification des carrières psychiatriques possibles. Cette première analyse n'est pas définitive et ne prétend nullement à l'exhaustivité. Elle sera approfondie sur un plan analytique et théorique. Elle a actuellement le mérite de résister à l'épreuve concrète des faits et rappelle que, aujourd'hui plus que jamais, une étude des carrières psychiatriques nécessite en priorité de se pencher sur les conditions de vie passées et présentes des patients au sein de la société.

RÉSUMÉ

Il a été longtemps admis en sociologie que l'on pouvait envisager le destin psychiatrique d'un individu en termes de «carrières» qui menaient à l'institution psychiatrique. La recherche décrite ici reprend cette notion de carrières, mais l'applique à une situation où les carrières possibles se sont multipliées. Cela suppose évidemment de concevoir la maladie et ses comportements associés en termes de stratégies individuelles, c'est-à-dire comme le degré de rencontre entre la capacité d'action d'un individu et les opportunités qu'il saisit. La méthode choisie fut celle des récits de vie recueillis à l'aide d'interviews approfondies et répétées. Les récits de trente-cinq patients furent analysés en fonction des notions de «saturation» de H. Becker et de «*negative case*» de Lindesmith. Cette analyse utilisa aussi l'intuition clinique du chercheur. L'analyse a permis de dégager divers éléments — définis tantôt en termes psychiatriques, tantôt en termes sociaux — qui servent ensuite à formuler une typologie des carrières psychiatriques et des stratégies qui les sous-tendent.

SUMMARY

It has long been admitted in sociology that the psychiatric destiny of an individual could be seen in terms of «careers» which lead to the psychiatric institution. The research described here takes up the notion of careers, but applies it to a situation in which the number of possible careers has multiplied. This is based on the supposition that illness and its associated behavior patterns be conceived of in terms of individual strategies, that is, of opportunities to be taken advantage of. This research was carried out by using the method of life histories which were constructed by means of repeated in-depth interviews. The histories of thirty-five patients were analyzed in relation to H. Becker's notion of «saturation» and Lindesmith's «negative case». The analysis also called upon the researcher's clinical intuition. A number of elements were isolated — defined either in psychiatric terms or in social terms — which were then used to formulate a typology of psychiatric careers and of their underlying strategies.

RESUMEN

Por largo tiempo se ha admitido en sociología que se podía vislumbrar el destino de un individuo en términos de «carreras» que llevaban a la institución psiquiátrica. La investigación que describimos retoma esta noción de carreras, pero la aplica a una noción en la cual las carreras posibles se han multiplicado. Esto supone evidentemente concebir la enfermedad y los comportamientos que van asociados en términos de estrategias individuales, o sea como el punto de fusión entre la capacidad de acción de un individuo y las oportunidades que él aprovecha. El método utilizado es el de relatos de vida recolectados por medio de repetidas entrevistas en profundidad. Los relatos de treinta y cinco pacientes fueron analizados en función de las nociones de «saturación» de H. Becker y de «*negative case*» de Lindesmith. Este análisis utiliza también la intuición clínica del investigador. El análisis a permitido de poner en relieve diversos elementos — definidos algunas veces en términos psiquiátricos y otras veces en términos sociales — que son utilizados enseguida para formular una tipología de carreras psiquiátricas y las estrategias que les sirven de base.