

PRATIQUES

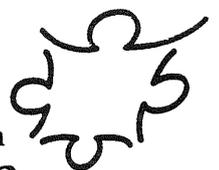
en santé mentale

Moteurs de recherche

n° 4

Novembre 2001 • 47^{ME} ANNÉE • FRANCE : 70 F • ÉTRANGER : 95 F
Trimestriel

Fédération d'aide à la
Santé Mentale
CROIX-MARINE



SOMMAIRE

N° 4/2001

Éditorial	1
<i>A. FONTAINE, L. VELPRY</i>	
Qui cherche, pourquoi et comment ?	4
<i>J.-M. THURIN</i>	
La molécule entre deux chaises. Interface recherche fondamentale/clinique au Québec	15
<i>E. STIP</i>	
La santé mentale, nouvel enjeu de la recherche en santé publique	21
<i>P. GUYOMARD</i>	
Itinéraires psychiatriques de vie	27
<i>L. VERHAEGEN</i>	
Références philosophiques des pensées psychiatriques	36
<i>M. HAYAT</i>	
La complexité comme sujet de recherche en sciences sociales	43
<i>P. GUEX, F. STIEFEL</i>	
Chercheurs et informateurs	48
<i>A. FONTAINE, L. VELPRY</i>	
Cheminement d'une innovation	55
<i>M.-J. BOURAIN</i>	
Recherche et institution	60
<i>J. MORNET</i>	
Silence, on cherche	67
<i>Association Culturelle de Saumery</i>	

Photographies réalisées par : • l'atelier photo de l'Hôpital de Jour WÜRTZ ASM 13 avec la participation des ateliers TERRE ET DESSIN,

• l'atelier thérapeutique LE FLEURON ASM 13,

• l'atelier photo du CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE SAINT-MARTIN-DE-VIGNOGUL.

« MOTEURS DE RECHERCHE »

NUMÉRO COORDONNÉ PAR
ANTOINE FONTAINE et
LYLA VELPRY

Pré-programme des Journées de Tours 2002	74
Infos	75
Questions de Droit	77
Partenaires	78
Mémo	79
Santé Web	80
Press-Book	82
et les PAGES BLEUES	

N'oubliez pas !

Site Internet de la Fédération :

www.croixmarine.com

Rappel...

E-mail de la Fédération :

croix-marine@wanadoo.fr

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
participe au soutien financier de la FASM Croix-Marine

ITINÉRAIRES PSYCHIATRIQUES DE VIE

Quand la forme devient fond ou... quand un sociologue questionne le recueil d'un récit de vie auprès d'une personne qualifiée de " cas psychiatrique ". il n'y a pas de position neutre de la parole, la parole est pouvoir.

Comment écrire froidement chaque jour ce que l'on a appris ou cru apprendre ? Cela, à travers les émotions, les passions, les affaires, les ennuis, les catastrophes, les événements, la vie. D'ailleurs, être ému, c'est apprendre...

Victor HUGO⁽¹⁾

Lydwine VERHAEGEN

Sociologue

**Télé-accueil
Bruxelles (Belgique)**

Mots-clés :

Expérimentation

Pouvoir médical

Observation

Récit de vie

Subjectivité

J'avais songé présenter une analyse finie des récits de vie, mais je me contenterai pour l'instant de relater un itinéraire méthodologique où les questions et les perturbations tiennent plus de place que les réponses. Au lieu de résister à ces questions, j'ai préféré me laisser emporter par elles, chaque fois, pressentant qu'elles étaient parmi les données les plus significatives de ma recherche. L'objet s'est alors apparemment déplacé. Aussi, j'ai préféré exploiter " *la subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive* " ⁽²⁾. En termes très simples, il me semblait utile et même indispensable de savoir pour moi-même exactement ce que j'étais en train de faire ⁽³⁾.

Ce texte est aussi un aveu : celui de la gêne devant des mots qui désignent mal les réalités que j'ai rencontrées et qui, en m'empêchant de les nommer, m'interdisent de les saisir. Car il ne suffit pas d'être ému, il faut aussi, si l'on veut communiquer, chercher le nom qu'il convient de donner aux choses et ainsi, en avoir un peu plus. Tant pis si les mots ne sont jamais assez justes et les récits assez exacts, car on est ligoté par la vérité. Dans le roman, les mots viennent comme ils veulent, ils guident le texte ; dans les récits autobiographiques, les mots doivent cerner, dire. On ne peut se laisser porter par eux. Voilà pourquoi mon travail sur les récits de vie de personnes appelées " *cas psychiatriques* " ne peut s'énoncer sans parler d'abord de l'histoire de ce travail, de ses étapes, obstacles, rencontres, et même des conditions matérielles dans lesquelles il s'est déroulé. C'est de ceci qu'il s'agira dans le texte qui suit.

Au moment même où se créait à Bruxelles le Réseau Alternatives à la Psychiatrie ⁽⁴⁾ et où différentes expériences s'organisaient, de petites équipes dites psychiatriques réceptionnaient un flot quotidien d'individus, arrivant toujours en masse. " *Tentatives de suicide* ", " *crise d'alcoolisme* ", " *crise d'angoisse* ", " *dépression* " et " *crise de nerfs* " se succédaient quoti-

diennement à l'hôpital général de S. tantôt à la garde, tantôt en salle. Le psychiatre et la psychologue n'arrivaient pas à suivre. Mais suivre quoi au fait ? Et pour quoi faire ? Parer au plus pressé dans la plupart des cas...

Qu'était-ce donc cette pratique dite psychiatrique dont je ne trouvais trace ni dans la littérature, ni dans les rapports, ni auprès des expériences alternatives ? Les discours tenus au même moment sur les pratiques différentes ne semblaient jamais tenir compte de cette réalité qui arrivait en bout de course, systématiquement, à l'hôpital, dernière matrice de nos grandes villes. Peut-être ces expériences ne pouvaient-elles fonctionner que parce que d'autres institutions assuraient le rôle d'hébergement ou de dispatching ?

Ces drames de solitude et d'argent se déroulaient tous les jours, là sous nos yeux ; il fallait donc aujourd'hui un professionnel pour écouter la vie de ce monde trop rapide qu'est l'hôpital général. Que signifiaient tous ces gens, hommes et femmes, jeunes et vieux qui s'amenaient chaque jour à la garde, soûls de malheurs, de médicaments ou d'alcool ? Ils passaient tantôt une heure, tantôt une nuit avant de repartir vers d'autres lieux. Et dans ces vies, paradoxalement, la tentative de suicide me semblait être un acte de vie, de révolte, peut-être enfin un acte qui leur revenait en propre, en tous cas un acte de contestation quotidienne.

Ce n'était pas un phénomène marginal car lentement, des ouvrages et des articles commençaient à s'en faire l'écho⁽⁵⁾. Mais je voulais comprendre. Une étude de la population, de ses caractéristiques et de sa carrière psychiatrique, semblait être un bon fil conducteur qui permettait une analyse sur les fonctions actuelles de ce type d'hôpitaux généraux et des professionnels de la santé mentale. Et pour saisir cela, une approche qualitative semblait s'imposer. Je pensais néanmoins recourir aussi aux techniques quantitatives afin d'éviter le psychologisme ou l'individualisme. Un questionnaire semi-ouvert fut élaboré, reprenant des éléments renseignant, tantôt sur les conditions objectives, tantôt sur des situations et des comportements, le tout étant bien distinct sur papier et dans ma tête.

Mais quelle folie donc de penser que la vie est ainsi divisée et peut s'être indrépendante sur papier ! En réalité, la garantie de légitimité scientifique fournie par cet outil avait aussi pour fonction de me rassurer, comme si son usage allait mettre de l'ordre dans la pratique. Mais il n'a pas fait illusion longtemps !

Le réel excède toujours le rationnel

La réalité n'était pas au rendez-vous de la théorie ! Munie ainsi du fameux questionnaire et surtout de mes yeux et de mes oreilles, j'ai donc commencé l'enquête. La première interview d'une femme de 45 ans que je connaissais déjà et qui a passé dix ans dans les hôpitaux

psychiatriques fut un choc où je fus submergée, dépassée, par la vie, par la densité de ce qui se passa : que ce soit l'ordre bousculé dès la première question, le contenu, l'émotion, ses conséquences.

Que se passait-il à ce moment-là ? Je ne le sais encore. Toujours est-il que j'ai préféré me laisser emporter par la force de vie qui s'exprimait à ce moment-là plutôt que de me cramponner à mon radeau-questionnaire.

J'ai donc bu la tasse et le goût m'est resté. J'étais séduite, aspirée par l'autre, mais plongée dans la même confusion que précédemment. J'étais à nouveau rentrée dans quelque chose. Il fallait dès lors, continuer. Continuer quoi, au fond, et comment ?

J'étais bouleversée par un ensemble de choses différentes qui se superposent en ces quelques instants dans le désordre le plus complet. Au moment même, il est parfois difficile d'y voir clair. Il m'était physiquement impossible de poser les questions prévues comme si celles-ci violaient la personne en face de moi. Aussi, très naturellement, je suis rentrée dans l'ordre du discours de l'autre, qui d'ailleurs s'imposait à moi d'autant plus facilement que je me laissais faire. C'était d'ailleurs bien plus passionnant. Car il s'agissait d'autre chose que d'un ordre bousculé de certains renseignements.

J'étais autant émue que fascinée et j'avais l'intuition d'être face à un tout, un discours qui était lui-même une totalité. Or je savais par ailleurs qu'il ne reprenait pas les éléments d'une vérité bureaucratique.

En l'occurrence, cette femme m'a longtemps parlé des premiers séjours à X. Et depuis lors, il y a dix ans de cela, elle va d'hôpital en hôpital. Elle était persuadée que les doses d'Halopéridol qu'elle a reçues lors de ses premiers séjours ont définitivement diminué ses capacités intellectuelles. À partir de ce fait, elle justifie l'échec de sa vie professionnelle et intellectuelle. Autrement dit : "*je suis en psychiatrie, mais il n'y a pas de raison que j'y sois*".

Le psychiatre me dit par ailleurs que c'était tout à fait impossible. Il n'empêche qu'à partir de cette "*croiance*", cette personne donnait une certaine explication de sa vie, cohérente pour elle, et cet arrangement mythologique de son échec a des conséquences pour elle.

Que signifie encore, à ce moment-là, la réalité ? Et qu'est-ce que le réel sinon la vision qu'en a chacun de nous ? C'était le chaos dans ma tête. C'était aussi une provocation. Néanmoins, au-delà des doutes et des angoisses, je gardais la conviction d'être au cœur de quelque chose d'important : quelque chose qui fait que "*c'est comme ça que les choses se passent*".

J'étais dans ce que Sartre appelle le concret singulier, la vie, la lutte réelle et datée. "*Que fait l'homme de ce qu'on a fait de lui*(6) ?". C'est lui qui a défini le mieux le "*lieu*" de production de l'homme qu'il appelle les médiations. Ce que j'observais et entendais me situait d'emblée au cœur de la "*machine sociale*" de la produc-

tion de différentes formes de marginalité à un moment donné. Sous l'émotion, il y avait en même temps une conscience qui me faisait percevoir la structure et le mécanisme sous le cas individuel. Les récits que j'entendais par la suite me permettaient de saisir des structures semblables : des femmes suicidaires débordées, fatiguées par un cumul de fonctions quotidiennes ; des gens seuls et sans travail ; des alcooliques qui justifiaient l'échec actuel de leur vie grâce à un passé dont ils n'étaient jamais responsables ; d'autres, rats d'hôpitaux psychiatriques, imbattables tant sur la culture médicamenteuse que sur le vécu dramatique des hôpitaux psychiatriques...

Ce qui se disait, se passait, était aussi une situation : celle de la personne hospitalisée, à un moment donné, face aussi à une personne particulière n'appartenant pas à l'institution. Tout ce qui était dit était fait de cela également. Ce " discours " était aussi le produit d'une interaction entre deux personnes, l'une en situation difficile, en demande, l'autre en attente de données.

J'ai compris que l'outil principal dont je disposais sur le terrain, était moi-même. C'était, bien sûr, un acte de communication. Mais ce n'était pas seulement une affaire de bons sentiments, il fallait aussi en tirer des conclusions par rapport à l'objet de la recherche, à plusieurs niveaux : au niveau du contenu de ce qui était dit - un vécu sur une situation de marginalité et ses conséquences ; au niveau de l'importance déterminante du contexte de production d'un récit et de ses règles.

Il y avait chaque fois deux personnes réelles face à face, la neutralité n'existait pas, tant entre les interlocuteurs que par rapport au terrain commun : l'institution psychiatrique. La personnalité du chercheur, ses idées, sa formation, ou sa non-formation, son implication dans l'institution y compris ses motivations, interviennent dans la manière d'entendre ce que lui dit l'interviewé.

La quête de l'expérience originare d'un immédiat évident est une quête vaine. La perception sensible la plus simple ne reçoit pas seulement sa préformation catégorielle de l'appareil psychologique. Elle est déterminée par l'expérience antérieure, par ce qui a été reçu, par ce qui a été acquis, et tout autant par les anticipations, par l'horizon des attentes, voire par les rêves et par les craintes... Les observateurs impliquent toujours déjà les interprétations à la lumière des expériences faites et des savoirs acquis⁽⁷⁾.

Quant à l'interviewé, il parle bien sûr en fonction de ce qu'il perçoit chez son interlocuteur, même si peu de paroles sont encore échangées. Le chercheur intervient dans une situation déjà construite : celle de l'interviewé dans son histoire et ses rapports avec l'institution. Ainsi, j'ai constaté plus tard qu'il y avait une relation significative entre le degré de solitude réelle des gens et la manière dont ils s'impliquaient dans l'interview. Plus les gens sont seuls, plus l'interview se passe de personne à

personne ; par contre ceux qui ont une vie affective et sociale répondaient à une sociologue, et entretenaient avec moi un rapport strictement professionnel. Dans cette situation d'interview, le degré de solitude est une variable plus importante que la position de classe et la notion de l'intimité qui en dépend. La perception tantôt affective, tantôt professionnelle du sociologue, dépend d'abord de la situation de vie du patient.

De même, l'utilisation qu'ils faisaient de moi était un excellent indice du type de rapports qu'ils entretenaient avec les institutions psychiatriques ou sociales. Certains voulaient que j'intervienne auprès de la mutuelle pour des congés, de leur médecin, auprès du juge pour enfants le cas échéant, ou même parfois dans leur famille. D'autres voulaient que je leur ramène des cigarettes, de l'eau de Cologne...

Quel était encore le lien entre tout ce qui se passait et mon projet de départ ? Était-ce encore possible, dans ces conditions, de mener une recherche qui devenait une aventure dont on ne connaît ni la destinée ni les moyens d'y arriver ? Peut-être était-ce simplement impossible, il fallait alors renoncer et parler d'autre chose ?

La recherche impossible

Il m'était possible, effectivement, de rendre compte de mes échecs successifs à recueillir du matériel traitable selon un certain savoir. L'expérience de la première interview n'a fait que se répéter. Que faire face à un réel qui ne voulait pas se soumettre et auquel, par ailleurs, je donnais raison ?

D'autres ont fait la même expérience que moi. Ainsi, A. Wielki l'a relaté avec beaucoup d'humour dans un brillant mémoire de sociologie à Louvain en 1973 : il a essayé de faire une enquête sociométrique portant sur la totalité des patients hospitalisés à Lovenjoel, hôpital psychiatrique près de Louvain⁽⁸⁾. Il lui apparaissait clairement, après quelques temps, et quelques déboires cocasses, que la recherche classique était de toute façon instrumentalisée par le système hospitalier.

" Les instruments réels de recherche sont, en réalité, des instruments de pouvoir " dit G.A. Gilli qui a rendu compte de la même expérience d'échec de recherche sociologique en Italie, toujours en psychiatrie.

Le chercheur qui réfléchit son expérience dans l'hôpital psychiatrique se rend compte ainsi que l'énoncé du thème de recherche n'est que l'expression première du pouvoir que le système lui a conféré et que ce pouvoir a été utilisé pour tronquer et orienter la situation sociale du patient (avant et après hospitalisation) en fonction parfaite du système hospitalier⁽⁹⁾.

Plus rapidement peut-être en psychiatrie qu'ailleurs, il apparaît que les outils classiques de recherche sont des copies et modèles exacts de mécanismes d'exclusion et d'oppression dont l'analyse du fonctionnement devrait être l'objet réel du sociologue.



Molécules (Photo : HDJ ASM 13)

Les gens dont nous parlons n'ont pas le pouvoir, moins qu'ailleurs sur leur propre vie et même dans les détails les plus quotidiens et les plus intimes. Ils sont les dominés, ils sont ceux dont les autres définissent les pratiques et les comportements traduits en termes de diagnostic. À partir de cette définition sont prises des décisions aux conséquences souvent importantes : orientation en hôpital, traitement médicamenteux, etc.

Mais n'y a-t-il pas moyen, malgré tout, de dire alors autre chose que simplement, dénoncer la raison close qui rejette tout ce qui lui échappe, le désordre, le hasard, le singulier, la poésie, l'art ?

Science empirique ou science-fiction

L'autre possibilité est alors de pratiquer ce que Morin appelle la raison ouverte, celle qui reconnaît l'irrationnel. Autrement dit, une raison qui intègre tout ce qui est amour, douleur, humour, et qui n'est pas soumise au strict principe d'économie et d'efficacité.

Davantage peut-être que d'autres pratiques; le suicide ou autre forme de crise individuelle provoque, interpelle, voire fascine certains. Je n'ai pas échappé à cela, tant comme être humain que comme chercheur. Il valait mieux alors s'arrêter et s'attacher à comprendre cet effet mélangé de perplexité et de séduction qu'opéraient les récits de vie. Je trouvais plus utile de réfléchir à une

expérience pour m'efforcer de dégager les moments où j'avais saisi quelque chose, même si c'était en partie fictif. J'ai essayé alors de les raccrocher à quelques rencontres, expériences, conversations, lectures. Ainsi, il m'était plus facile de voir ce que j'avais compris et comment je l'avais perçu. C'était comme s'il fallait passer par le récit de mon expérience, pour parler de celles des autres.

Tenir à mon tour un discours sur les gens, et faire une analyse de contenu, me semblait impossible dans ce contexte sans me poser des questions de méthodes. À ces questions, progressivement, j'ai trouvé quelques échos. D'autres en avaient déjà mesuré la gravité. Certains, comme M. Foucault, en ont situé l'importance :

Le discours, en apparence, a beau être bien peu de chose, les interdits qui le frappent révèlent très tôt, très vite, son lien avec le désir et le pouvoir...-l'histoire ne cesse de nous l'enseigner- le discours n'est pas simplement ce qui traduit les luttes ou les systèmes de domination, mais ce pour quoi, ce par quoi on lutte, le pouvoir dont on cherche à s'emparer⁽¹⁰⁾.

Et l'hôpital est un lieu où cette remarque prend une autre densité. Car là, l'enjeu est la parole. Là même, le verbe a un pouvoir de partage entre la raison et la folie, un pouvoir de rejet ou d'exclusion. La parole de l'un -le psychiatre- qui sait, définit la situation ; la parole de l'autre, même quand elle n'est pas appelée délire, reste suspecte.

L'hôpital tend littéralement à devenir un lieu où

l'on parle, c'est-à-dire le cadre dans lequel on propose aux malades un certain langage dont l'acceptation conditionne la guérison⁽¹¹⁾.

Le discours du médecin est tout-puissant, parfois même malgré lui. Sa personnalité est secondaire, c'est d'abord une question de statut. Il commande la répartition du pouvoir à l'hôpital : il est le seul à la fois reconnu comme savant, englobant et universel bien que monopolisé. Et surtout le discours du médecin est toujours tenu sur le malade, en principe pour lui, mais rarement par lui. Néanmoins, j'ai pu observer et entendre à l'hôpital que ce partage de pouvoir et la prise de décision ne sont pas mécaniques. Il y a une adéquation, parfois même un jeu réciproque entre la parole du malade et celle du médecin, où c'est aussi le malade lui-même qui positionne ainsi le praticien.

Dans la vie quotidienne coexistent souvent des versions différentes de mêmes faits ou de mêmes conduites, sans qu'elles soient pour autant en contradiction. À l'hôpital, les interprétations différentes du psychiatre et du patient entrent en concurrence. In fine, c'est toujours la version de l'un qui l'emporte unilatéralement sur celle de l'autre. Et de cette version appelée diagnostic découlent des décisions portant sur la vie du malade. Pour le chercheur, le problème n'est pas, alors, de décider qui a raison par rapport à une vérité " objective " ; je ne cherche pas à départager le " vrai " du " faux ". J'écoute les deux interprétations et je regarde de quel discours dépendra la décision et ses conséquences réelles objectives : un placement à l'hôpital psychiatrique, un retour à domicile, etc.

Le statut de vérité du récit tient aux positions institutionnelles de ses énonciateurs. Il en est souvent de même pour la parole de l'enfant au sein de la famille. Le pouvoir des mots est toujours l'enjeu d'un combat difficile. Ce n'est pas pour rien qu'un peu partout, depuis la vague de mai 68 et de son romantisme autour de la parole libérée, les paroles privilégiées furent celles des fous, des enfants et autres qui ont aussi à souffrir de l'exclusion sociale.

En psychiatrie comme en sorcellerie, il n'y a pas de position neutre de la parole, la parole est pouvoir⁽¹²⁾. En effet, il n'y a point de place pour une parole ou un discours de sociologue qui puisse prétendre à la neutralité. Soit le sociologue refuse un statut de neutralité au discours du patient, il réitère l'exclusion, soit il l'accepte, il est un interlocuteur et c'est une aventure sans cesse renouvelée dont il ne sait quel sera le produit.

Il accepte aussi par sa seule présence d'être inscrit malgré lui dans un rapport de force, même sans avoir parlé. Il y est au même titre que le psychiatre, l'infirmière ou autre soignant ; le patient le sait pertinemment bien : il observe à son tour à partir de sa position. L'observateur est toujours observé.

Qu'il parle, et son interlocuteur cherche, avant tout à identifier sa stratégie, à mesurer sa force, à deviner

s'il est ami ou ennemi, s'il faut l'acheter ou le détruire. Comme à n'importe quel locuteur, c'est à un sujet supposé pouvoir (psychiatre, infirmière) ou ne pas pouvoir (autre patient) qu'on s'adresse quand on parle à l'ethnologue (sociologue)⁽¹³⁾.

Je suis donc tenue, moi aussi, de me situer. Le point de vue et la parole que je privilégie sont ceux du patient, comme l'ethnologue privilégie celui de l'indigène. Il n'y a pas de place pour une sociologie de l'hôpital non engagée. Vouloir simplement s'informer est le propre d'un naïf ou d'un hypocrite. Le sociologue ou l'ethnologue est acteur au sein d'une pratique déjà définie par d'autres, libre à lui d'en faire quelque chose à son tour...

Une larme est une chose intellectuelle

Il semble donc qu'il faille définitivement renoncer à revendiquer une neutralité de bon aloi. Celle-ci n'a cours ni au niveau du contenu du discours, ni au niveau du contexte d'observation. Mais il faut aussi aller plus loin. Quand la parole est pouvoir, il faut bien se résoudre à pratiquer un autre mode de connaissance, non basé sur la séparation de la tête et du corps, qui est une construction historique issue du rationalisme. Je pense donc je suis. Ce postulat est d'ailleurs à la base du phénomène psychiatrique tel qu'il est géré dans nos sociétés occidentales.

S'il m'est encore difficile de me défaire de l'émotion que je ressens devant chaque situation, c'est à elle aussi que je dois ce que je sais. Tant les poètes que les écrivains, qui depuis toujours nous disent des choses plus justes et parfois mêmes visionnaires, l'ont compris. Dans des textes réunis sous un titre significatif, faits contemporains et souvenirs personnels, Victor Hugo décrivait l'impossibilité d'un regard neutre, même lorsqu'il est tourné vers l'extérieur.

D'ailleurs être ému, c'est apprendre. Il est impossible, quand on écrit tous les jours, de ne pas noter, chemin faisant, ce qui vient vous toucher. C'est ce que j'ai fini par faire presque sans m'en douter, en tâchant pourtant que ce livre de notes soit aussi impersonnel que possible⁽¹⁴⁾.

À l'hôpital, la connaissance par l'émotion est liée à la force du vécu que l'on reçoit de face quand les gens se réveillent et commencent à parler. Il est difficile alors de ne pas les laisser parler, car il s'agit de leur histoire et de leur expérience. Souvent, la réalité dépasse la fiction et se charge d'écraser les théories.

Adopter une autre position théorique témoigne de la même violence symbolique que celle qui a constitué le pouvoir psychiatrique. Pour construire la rationalité cachée de l'institution totalitaire. E. Goffman a commencé par abandonner les justifications médicales et il a adopté le point de vue des patients, contraints de

s'adapter à un univers bien particulier. Toute action et tout discours, même apparemment aberrants, ont toujours un sens pour l'acteur. Le sens existe à partir de sa propre rationalité, qu'elle soit " vraie " ou " fausse " importe peu.

Faire de la sociologie de l'hôpital, c'est donc en premier lieu, restituer aux conduites des malades le sens spontané que l'interprétation psychiatrique commence par leur dérober : c'est prêter une voix au malade lui-même, et comme en psychanalyse, remplir les blancs laissés par le patient et ses actes⁽¹⁵⁾.

C'est d'ailleurs un vieux principe d'anthropologie britannique qui veut que l'indigène ait toujours raison. Mais l'application spontanée de ce principe entraîne l'enquête dans des directions imprévues. C'est peut-être là le signe qu'il s'agit d'une science empirique et non d'une science-fiction.

Quelle est la place du sociologue sur la parole de l'autre ?

Quelle est donc la place qui m'autorise aujourd'hui à supposer que je puisse, mieux que d'autres finalement, dire l'autre ? Je suis moi-même située dans un discours. Or en laissant parler le patient à l'hôpital j'ai l'ambition de l'entendre différemment que les médecins ou les psychologues. Je crois comprendre autrement ce que traduit son langage à lui, je le comprends comme un langage autre que médical, dont la force principale est peut-être d'intégrer la réalité dans des catégories plus larges. Mais, logée comme le médecin dans un savoir particulier, est-ce que je ne répète pas la position de pouvoir qui est celle du médecin, c'est-à-dire " je sais mieux que toi ce que tu dis ", ou encore " mon savoir peut se mettre à la place d'où tu parles ". Et surtout, ainsi, il te déloge...

Sans doute ma position le répète-t-elle, mais elle le fait avec des variantes importantes qu'il faut préciser. En quoi alors est-ce différent ? Qu'est-ce qui caractérise le récit recueilli et quelles en sont les conditions d'énonciation ? La place particulière du chercheur tient à la conjonction de conditions liées à la fois au contexte de l'entretien et au contenu différent de ce qui est dit. La combinaison de ces conditions donne au récit son aspect singulier. Voyons-les d'un peu plus près.

Un temps particulier

Tout d'abord, il s'agit d'un moment tout particulier qu'est la crise. La crise est une situation-limite ou l'homme, s'il en a l'occasion, est acculé à livrer son discours, n'en pouvant plus de souffrir. C'est un temps de parole plein, fort contrasté avec les moments suivants. Les interviews recueillies à domicile par la suite sont

naturellement plats, linéaires ou encore homogènes. Par contre, la crise, c'est le temps éclaté où tout se chevauche, s'enchevêtre. Tous les niveaux s'articulent, les temps se superposent et la mémoire trouve un sens. À ce moment-là, j'ai toujours le sentiment que les gens sont leur propre analyste. Pour eux aussi, la crise est d'abord ce qui révèle et fait éclater les contradictions devenues trop aiguës. Je suis toujours étonnée par leur lucidité qui donne envie de se taire. Après, les choses se remettent en place, peut-être même à une autre place, mais souvent elles se rangent d'elles-mêmes.

Ce moment privilégié est un moment de prise de parole où il est important d'être là. Souvent le suicide ou le corps énonce ce qui ne peut pas se dire. Bien souvent d'ailleurs, c'est indicible parce que c'est inaudible. Ce n'est dicible que dans ces cas particuliers que sont les situations-limites où tout bascule. Le " je " reprend alors ses droits que le poids de la vie a souvent gommés⁽¹⁶⁾.

De tels moments permettent l'émergence des singularités dans le monde du quotidien. Souvent même, après ce temps de crise, beaucoup s'excusent d'avoir osé exister. C'est aussi là que réside la richesse de tels moments, lorsque les stratégies obligées que sont les réponses individualisées, apparaissent en pleine lumière.

" Marché conclu "

C'est à ce moment que la seconde condition joue de tout son poids. Les gens ont besoin de parler et j'ai le temps : mon temps est pour eux, car j'ai besoin d'eux. Ils le savent. Aussi, ils parlent, surtout ils sentent une écoute qui peut supporter leur désordre, parfois même leur délire, dans un lieu où souvent encore, cela fait peur, où ce qu'ils veulent dire n'est pas audible tel quel. L'offre d'écoute rencontre le désir de parole, le trop plein de parole. Il y a dès lors la délivrance de ce qu'on mourait de ne pouvoir dire.

Cette ouverture spontanée des gens interviewés doit beaucoup au fait que je me distancie de l'univers médical. Ainsi, indépendamment de moi, je recueille les bénéfices d'une situation marginale et inhabituelle, à un moment où c'est nécessaire. Ce fut d'ailleurs l'occasion de vérifier que l'hôpital reste toujours divisé en deux mondes, les médecins et les autres.

Dans l'imaginaire du patient, le médecin est le seul qui ait le pouvoir de décision grâce à son savoir sur le corps. Même si parfois on ne le comprend pas, il a raison. Et en même temps, cette reconnaissance est une forme d'aveu, où le sujet s'engage à être ce qu'il est ou ce qu'il dit. La relation malade-médecin est basée sur l'aveu, où le malade se soumet à l'autorité. Comme le dit M. Foucault, l'aveu qualifie le sujet autrement. Il se qualifie autrement⁽¹⁷⁾. En face du médecin, son discours est structuré prioritairement par l'aveu.

C'est ainsi que le patient nous dit des choses fort différentes, que nous n'entendons pas de la même manière. J'ai vécu cette expérience à plusieurs reprises. La plus éclairante fut la suivante : une même personne, que je connaissais, a produit à l'hôpital quatre discours différents et non contradictoires à propos de sa tentative de suicide, suivant qu'elle voyait le psychiatre, la psychologue, ses amis ou moi-même. Il y avait autant de facettes de la réalité que d'interlocuteurs différents. À l'hôpital,

le discours médical fait épeler par le fou son propre code. Pour parler, le fou doit répondre aux questions qu'on lui pose. Aussi, dans un hôpital psychiatrique, constate-t-on au cours des deux mois qui suivent l'internement, un nivellement de son discours, un effacement de ses particularités. Le malade ne peut que parler dans le code qui lui est fourni par l'hôpital⁽¹⁸⁾.

Ainsi, face au médecin, les gens épellent le code médical. Cela justifie aussi leur présence à l'hôpital à leurs propres yeux et ce n'est pas négligeable. Par contre, face à quelqu'un sans tablier blanc et sans lien direct avec l'institution, le transfert est différent et le discours produit en dépend. Il n'est pas énoncé pour être traduit en catégories médicales. C'est là que gît la différence essentielle entre le médecin et le chercheur.

J'ai été étonnée de constater à quel point les gens savent à qui ils ont affaire et ce qu'ils peuvent attendre de l'autre. Croire l'inverse relève d'une position de classe très précise. La soi-disant relation d'inégalité qui définit l'autre à priori comme le plus faible, est construite plus dans la tête des chercheurs que dans celle des interviewés⁽¹⁹⁾.

Quant à moi, j'ai l'immense avantage de n'être pas investie du pouvoir par l'autre et je n'ai pas à intervenir. Je ne dois pas juger, ni jauger, mesurer, évaluer, décider... je puis me payer le luxe d'être moi-même. Bien que souvent touchée, j'écoute néanmoins fort à l'aise car je ne suis pas responsable ni administrativement, ni moralement, des gens hospitalisés. Mon écoute est sans projet immédiat sur l'autre. Sa vie et sa mort lui appartiennent, je n'ai pas à agir si ce n'est l'écouter et lui apporter éventuellement des cigarettes. Cette position est un luxe que tout le monde ne peut se permettre.

Lors de plusieurs incidents dont certains ont eu une issue dramatique, j'ai pu mesurer l'immense avantage de ma position sur celle des professionnels de l'hôpital. Quand on est mandaté officiellement pour s'occuper des gens, il est déjà plus difficile de ne pas se sentir mis en cause par le suicide d'une patiente, soit à l'intérieur de l'hôpital, soit à l'extérieur lorsqu'elle se fait flamber sur un terrain vague après trois tentatives médicamenteuses où tous ont tenté chaque fois de la sauver... Pour les intervenants, la frontière reste toujours très délicate entre la responsabilité et la liberté, entre le prévisible et l'imprévisible. La question est souvent plus facile à résoudre administrativement que moralement.

C'est à l'occasion de tels incidents que j'ai pu saisir à quel point le fait de n'être en aucun cas responsable libérait une écoute. C'est une relation de personne à personne. Si je fais partie de l'hôpital, c'est au même titre qu'eux, pour eux comme pour moi. Cela n'empêchera pas certaines variables d'être plus déterminantes que d'autres dans le transfert enquêté-enquêteur. Le sexe m'a toujours paru être de loin la variable la plus importante et la moins maîtrisable. Viennent ensuite l'âge et la position sociale, mais ils sont déjà plus contingents. Par contre, il est plus difficile de changer de sexe...

L'art de la conversation ou du bavardage intime "entre femmes" n'a pas attendu pour exister que les psychologues apparaissent. Aussi l'interview prend facilement le tour d'une conversation. Par contre, il est toujours plus délicat à manier avec les hommes. Spontanément, ils parlent moins d'eux-mêmes lorsqu'ils sont dans une situation difficile qui est vécue comme humiliante face à une femme, souvent plus jeune qu'eux.

La désirabilité sociale, appelée aussi "effet Matthews", est toujours présente en situation d'interview et elle est renforcée alors par la différenciation sexuelle des interlocuteurs⁽²⁰⁾.

Tout compte fait

Ces quelques notes de forme deviennent en réalité des remarques de fond. Les structures réapparaissent finalement sous le "je" et l'analyse reprend ses droits. La différenciation sexuelle qui se répète fréquemment n'est pas seulement liée au contexte particulier de l'interview. Elle marque la structure même du récit et définit son contenu.

Les récits de carrières psychiatriques des hommes sont construits autour de leurs itinéraires professionnels : ils présentent leur vie comme une succession d'actes, d'événements ou de rencontres avec lesquelles ils semblent avoir des rapports instrumentaux. Les carrières féminines sont racontées sur un mode affectif, à partir de leurs relations avec l'entourage, homme et/ou enfant, passé et présent⁽²¹⁾.

Quoi d'étonnant à cela ? On appartient à sa condition sexuelle avant d'appartenir à la psychiatrie. Les récits recueillis montrent que les itinéraires psychiatriques correspondent à des phénomènes sociaux différents chez l'homme et chez la femme.

La société leur alloue des places différentes dans les rapports sociaux, desquelles dépendent leurs parcours biographiques. Auparavant, le destin d'un individu présentant des troubles psychiatriques était uniformément défini. Aujourd'hui, il est devenu difficile de "faire carrière" à l'asile. Les carrières psychiatriques se diversifient et se multiplient en fonction du nombre et du type d'institutions, des politiques du personnel de soin et des patients eux-mêmes. Ainsi cette différence hommes-

femmes se marque en amont et en aval de la carrière psychiatrique.

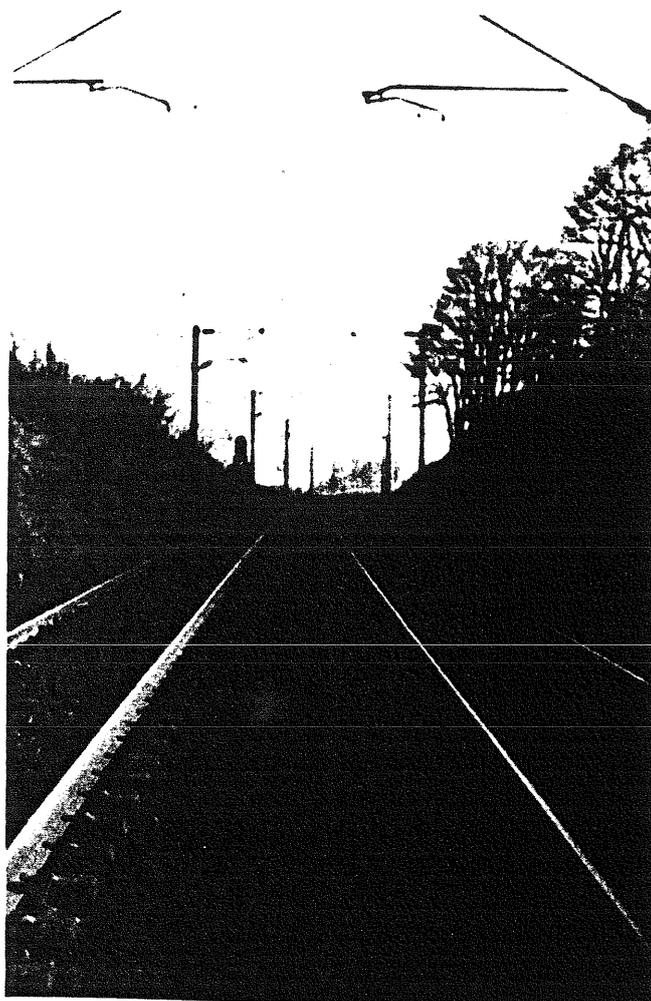
Ce sont rarement les mêmes raisons qui les conduisent à l'hôpital, et les conséquences sont également autres. Les hommes ont des carrières homogènes et souvent liées à leur vie professionnelle. Ce sont souvent des carrières irréversibles ; les exigences des rôles à tenir expliquent peut-être cette différence. La société attend des hommes qu'ils jouent un rôle social plus actif que les femmes, l'échec est plus visible et a des conséquences sociales plus lourdes. Les profils féminins sont plus complexes et varient avec l'âge.

À cinquante ans, les femmes ont le choix entre la dépression si elles sont restées à la maison, et la fatigue si elles ont cumulé des rôles de ménagère et travailleuse. Entre vingt et trente ans, c'est l'âge de la " *crise d'identité* ". Elles doivent composer avec des définitions

d'elles-mêmes qui sont contradictoires suivant les scènes, publiques ou privées, et le féminisme n'est pas toujours à portée de main.

Les récits des femmes sont marqués par la conjonction " *ou* ". Oserais-je dire que ceux des hommes le sont par son opposé " *et* " ? Outre cette différenciation sexuelle, et au-delà de la contingence de chaque récit et de la subjectivité parfois débordante des partenaires, les récits livrent des éléments de réponses sur les carrières psychiatriques actuelles.

Il m'aura fallu passer par ce chemin pour oser commencer l'analyse des récits et surtout, pour mesurer à quel point il n'est possible de décrire qu'une partie infime du phénomène observé et compris. Mais en même temps, comme dans la situation analytique, il restera toujours une part de connaissance qui est produite dans ce qui mérite d'être appelé l'expérience... □



(Photo : Saint-Martin-de-Vignogoul)

RÉFÉRENCES

- (1) " Journal de ce que j'apprends chaque jour ", in V. HUGO, *Journal (1830-1848)*, édition établie par H. Guillemin, Paris, Gallimard, 1954
- (2) G. DEVEREUX, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1981.
- (3) Le questionnement méthodologique qui a fait l'objet de cet article est issu d'une collaboration concrète avec un psychiatre pendant deux ans dans un grand hôpital général bruxellois. Une autre réalité me fut donnée à voir et à entendre. Comment en rendre compte ? Par la suite, l'envie m'est venue d'aller plus loin. Cette recherche sur les carrières psychiatriques a pris la forme d'une thèse de doctorat en sociologie (UCL). Elle est éditée sous le titre *Les psychiatries, médecine de pointe ou d'assistance ?*, Louvain-La-Neuve, Éditions Cabay, 1985. L'analyse des récits de patients y trouve déjà une place qui est loin d'être définitive.
- (4) collectif international, *Réseau-Alternative à la psychiatrie*, Paris UGE, Collection 10/18, 1977
- (5) " Colloque psychiatrie et psychologie médicale à l'hôpital général ", *Revue de Psychologie médicale*, 7, 4, 1975 ; " l'intégration du psychiatre dans les hôpitaux généraux ", *Revue de Psychologie médicale*, 8, 2, 1976 ; " La psychiatrie à l'hôpital général ", *Revue psychiatrie d'aujourd'hui*, n°17-18, 1974 ; *l'information psychiatrique*, numéro spécial, novembre 1975.
- (6) J.-P. SARTRE, *Questions de méthode*, Paris, Gallimard, 1961, p. 127 : " Pour nous, l'homme se caractérise avant tout par le dépassement d'une situation, par ce qu'il parvient à faire de ce qu'on fait de lui, même s'il ne se reconnaît jamais dans son objectivisation ". La notion de dépassement implique une conception idéaliste de l'Homme ; or souvent, il s'agit tout simplement de l'homme.
- (7) J. HABERMAS, *contre le rationalisme disséqué à la mode positiviste*, p. 171.
- (8) A. WIELKI, in R. LOURAU, *le gai savoir des sociologues*, Paris, UGE, Collection 10/18, 1977.
- (9) G.-A. GILLI, " Une interview : la négation sociologique " in F. BASAGLIA (sous la direction de), *l'institution en négation, Rapport sur l'hôpital psychiatrique de GORIZIA*, Paris Seuil, 1970.
- (10) M. FOUCAULT, *L'ordre du discours*, Gallimard, 1971, p. 12.
- (11) R. CASTEL, *Introduction à E. GOFFMAN, Asiles*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, p. 16.
- (12) J. FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard, 1977.
- (13) *Op. cit.*, p. 23.
- (14) V. HUGO, *op. cit.*
- (15) R. CASTEL, *op. cit.*, p. 20. L'observation participante est le complément des récits de vie : ces " soft " démarches, l'une sur l'acte et l'autre sur le verbe, postulent le même axiome d'inspiration phénoménologique : partout et pour tout, il existe un sens que le sociologue ne peut découvrir qu'à condition de se décentrer.
- (16) Ce n'est pas par hasard que les femmes utilisent peu le " je " dans leurs récits. C'est pourquoi d'ailleurs, il est profondément subversif. Cf. N BISSERET, " Langage et identité de classe : les classes sociales " se " parlent ", *l'année sociologique*, Vol. 25, 1974, pp. 237-264.
- (17) M. FOUCAULT, propos recueillis lors de cours ayant pour thème *L'aveu*, donnés à Louvain-La-Neuve, 1981-82
- (18) M. de CERTEAU, *l'écriture de l'histoire*, Paris Gallimard.
- (19) Souvent aussi, elle est construite dans la tête de l'assistant social et de tous ceux qui, aujourd'hui, sont de plus en plus nombreux à s'occuper de l'autre. Pendant ce temps, cet autre fait souvent une très bonne utilisation différenciée et maximale de toutes ces organisations médico-sociales qui gèrent sa vie : le CPAS pour l'argent, le groupe d'action communautaire alternatif pour obtenir la garde des enfants auprès d'un juge récalcitrant, le médecin de l'hôpital général pour les médicaments et le certificat d'invalidité. Éventuellement, l'interviewer pour intercéder auprès de l'un ou de l'autre...
- (20) B. LINK, B. MILCAREK, " Selection factors in the dispensation of therapy : the Matthews effect in the Allocation of mental Health resources ", *Journal of Health and Behavior*, Vol. 21, 1980, pp. 279-290.
- (21) Dans cette étude sur les migrations internes françaises, I. BERTAUX WIAME a constaté que l'axe de vie des hommes migrants s'ordonnait autour de la vie professionnelle, de la recherche d'emploi, etc. ; les femmes par contre parlaient d'elles en relation avec tout un environnement social. Elles racontent non pas ce qu'elles ont fait, mais elles décrivent les relations entre elles et d'autres personnes. Cf. " L'apport de l'approche biographique à l'étude des migrations internes ", communication présentée au 9^{ème} Congrès Mondial de Sociologie, Suède, Uppsala, Août 1978.