



HAL
open science

Le soin, du maternage au travail maternel: contribution de la psychodynamique du travail à la psychopathologie des psychoses dissociatives chez l'adulte.

Frédérique Debout

► To cite this version:

Frédérique Debout. Le soin, du maternage au travail maternel: contribution de la psychodynamique du travail à la psychopathologie des psychoses dissociatives chez l'adulte.. Médecine humaine et pathologie. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2016. Français. NNT: 2016CNAM1055 . tel-01451728

HAL Id: tel-01451728

<https://theses.hal.science/tel-01451728v1>

Submitted on 1 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE Abbé Grégoire**Centre de Recherche sur le Travail et le Développement****THÈSE** présentée par :**Frédérique Debout**soutenue le : **04 FEVRIER 2016**pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**Discipline/ Spécialité : **Psychologie/Psychodynamique du Travail****Le soin : du maternage au travail maternel****Contribution de la psychodynamique du travail à la
psychopathologie des psychoses dissociatives chez
l'adulte.****THÈSE dirigée par :****DEJOURS Christophe**

Professeur, CNAM. Université Paris V René Descartes

RAPPORTEURS :**BRUN Anne**

Professeure, Université Lyon II

TESSIER Hélène

Professeure, Université Saint Paul, Ottawa. Canada

JURY :**MORO Marie-Rose**

Professeure, Université Paris V René Descartes

KAPSAMBELIS Vassilis

Psychiatre, Psychanalyste

A ma grand-mère, Antoinette

« Ce qui nous parle, me semble-t-il, c'est toujours l'événement, l'insolite, l'extra-ordinaire : cinq colonnes à la une, grosses manchettes. Les trains ne se mettent à exister que lorsqu'ils déraillent, et plus il y a de voyageurs morts, plus les trains existent; les avions n'accèdent à l'existence que lorsqu'ils sont détournés; les voitures ont pour unique destin de percuter les platanes: cinquante-deux week-ends par an, cinquante-deux bilans: tant de morts et tant mieux pour l'information si les chiffres ne cessent d'augmenter ! Il faut qu'il y ait derrière l'événement un scandale, une fissure, un danger, comme si la vie ne devait se révéler qu'à travers le spectaculaire, comme si le parlant, le significatif était toujours anormal: cataclysmes naturels ou bouleversements historiques, conflits sociaux, scandales politiques... Dans notre précipitation à mesurer l'historique, le significatif, le révélateur, ne laissons pas de côté l'essentiel: le véritablement intolérable, le vraiment inadmissible: le scandale, ce n'est pas le grisou, c'est le travail dans les mines. Les " malaises sociaux " ne sont pas " préoccupants " en période de grève, ils sont intolérables vingt-quatre heures sur vingt-quatre, trois cent soixante-cinq jours par an. Les raz-de-marée, les éruptions volcaniques, les tours qui s'écroulent, les incendies de forêts, les tunnels qui s'effondrent, Publicis qui brûle et Aranda qui parle! Horrible ! Terrible ! Monstrueux ! Scandaleux ! Mais où est le scandale ? Le vrai scandale ? Le journal nous a-t-il dit autre chose que: soyez rassurés, vous voyez bien que la vie existe, avec ses hauts et ses bas, vous voyez bien qu'il se passe des choses.

Les journaux parlent de tout, sauf du journalier. Les journaux m'ennuient, ils ne m'apprennent rien; ce qu'ils racontent ne me concerne pas, ne m'interroge pas et ne répond pas davantage aux questions que je pose ou que je voudrais poser. Ce qui se passe vraiment, ce que nous vivons, le reste, tout le reste, où est il ? Ce qui se passe chaque jour et qui revient chaque jour, le banal, le quotidien, l'évident, le commun, l'ordinaire, l'infra-ordinaire, le bruit de fond, l'habituel, comment en rendre compte, comment l'interroger, comment le décrire ? Interroger l'habituel. Mais justement, nous y sommes habitués. Nous ne l'interrogeons pas, il ne nous interroge pas, il semble ne pas faire problème, nous le vivons sans y penser, comme s'il ne véhiculait ni question ni réponse, comme s'il n'était porteur d'aucune information. Ce n'est même plus du conditionnement, c'est de l'anesthésie. Nous dormons notre vie d'un sommeil sans rêves. Mais où est-elle, notre vie ? Où est notre corps ? Où est notre espace ? Comment parler de ces " choses communes ", comment les traquer plutôt, comment les débusquer, les arracher à la gangue dans laquelle elles restent engluées, comment leur donner un sens, une langue : qu'elles parlent enfin de ce qui est, de ce que nous sommes.

Peut-être s'agit-il de fonder enfin notre propre anthropologie: celle qui parlera de nous, qui ira chercher en nous ce que nous avons si longtemps pillé chez les autres. Non plus l'exotique, mais l'endotique.

Interroger ce qui semble tellement aller de soi que nous en avons oublié l'origine. Retrouver quelque chose de l'étonnement que pouvaient éprouver Jules Verne ou ses lecteurs en face d'un appareil capable de reproduire et de transporter les sons. Car il a existé, cet étonnement, et des milliers d'autres, et ce sont eux qui nous ont modelés. Ce qu'il s'agit d'interroger, c'est la brique, le béton, le verre, nos manières de table, nos ustensiles, nos

outils, nos emplois du temps, nos rythmes. Interroger ce qui semble avoir cessé à jamais de nous étonner. Nous vivons, certes, nous respirons, certes; nous marchons, nous ouvrons des portes, nous descendons des escaliers, nous nous asseyons à une table pour manger, nous nous couchons dans un lit pour dormir. Comment ? Où ? Quand ? Pourquoi ?... »

G. Pérec, Ouverture de *L'Infra-ordinaire*, Le Seuil, 1989.

Je remercie chaleureusement

En premier lieu, **le Professeur Christophe Dejours** pour m'avoir accueillie, écoutée, fait confiance et mise au travail... Il a été un directeur rigoureux, exigeant mais toujours bienveillant. L'ensemble de ces qualités m'ont amenée à me déplacer, à étoffer mes connaissances, à être plus précise et plus exigeante vis-à-vis de moi-même, à aiguiser ma pensée critique tout en prenant du plaisir dans la recherche. Grâce à cela, je construis ma place singulière et propre dans le milieu académique.

Mesdames les Professeures Anne Brun et Hélène Tessier pour me faire l'honneur de contribuer, par leurs pré-rapports à mon travail de recherche à venir.

Madame le Professeure Marie-Rose Moro et Monsieur le Docteur Vassilis Kapsambélis d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

Gisèle Harrus-Révidi, première interlocutrice dans le monde académique qui n'a cessé de m'encourager, me soutenir et croire en moi. C'est elle la première qui m'a incitée à entamer une recherche doctorale. Elle m'a ouvert des portes fondamentales comme celle du comité de rédaction de la revue *Champ Psy* ou en me suggérant de contacter C. Dejours.

Thierry Trémine, pour sa confiance et ses enseignements. Pour la culture partagée, pour sa relecture évidemment mais surtout pour le reste. Il m'a permis de rencontrer la clinique dont cette thèse est issue.

Mes collègues et amis de l'équipe de Psychodynamique du Travail et de l'action qui m'ont soutenue et apporté une aide inestimable. Et je pense en particulier à **Isabelle Gernet, Christophe Demaegdt, Catherine Mieg, Stéphane Lelay et Virginie Hervé**.

Mes collègues et amis de la revue Champ Psy. Pour m'avoir fait grandir parmi eux. Des remerciements spéciaux à **Annie Roux, Simone Korff-Sausse et Karl-Léo Schwering**.

Les membres de l'équipe de l'U.T.A.F.A. et les collègues de l'hôpital R. Ballanger à Aulnay sous Bois, compagnons quotidiens du travail clinique.

Michèle Salmona pour les échanges et les encouragements.

Jean-Pierre Marcos, François Fédier, Jean-Luc Marion, Bruno Huisman, enseignants de philosophie brillants et précieux.

Ma famille et mes amis (Hakima, Clémence, Emmanuel, Guillaume, Benjamin, Séverine, Julien, Mélanie et tant d'autres...).

Evidemment, **Gabrielle**, trop petite pour savoir ce qu'elle a permis mais qui le comprendra plus tard sans doute.

Mickaël, compagnon patient, très patient et indéfectiblement confiant.

Cette liste mériterait évidemment d'être étendue... car on ne travaille jamais seul... Aucune liste aussi longue soit-elle ne suffirait à témoigner de tout ce que je leur dois à tous.

Résumé

A partir de sa clinique au sein d'une unité d'accueil familial thérapeutique pour adultes psychotiques, l'auteure revient à la clinique et à la théorie des psychoses dissociatives non pas à partir d'une théorie des maladies mentales et d'une psychopathologie générale (comme peuvent l'être la psychanalyse, la phénoménologie ou l'organodynamisme) mais à partir du « travailler » et du « travail vivant » de ceux qui prennent soin de ces malades. Si on part de l'analyse pratique du soin (Accueil Familial Thérapeutique) avec les psychotiques et jusqu'à leur caractérisation clinique, on en arrive à une conception renouvelée de la psychose dissociative.

Ces hypothèses théoriques permettent alors à l'auteure de proposer une nouvelle anthropologie de la famille et du maternel, à partir des apports théoriques de la psychodynamique du travail.

Mots clés:

Soin – travail vivant – famille – maternel - psychose

Résumé en anglais

From her clinical experience in a therapeutic foster care unit for psychotic adults, the author returns to the clinic and the theory of dissociative psychosis, not from the perspective of the theory of mental illness and general psychopathology (as in psychoanalysis, phenomenology or organo-dynamism), but rather from the "work" and "living work" of those who care for these patients.

If one starts from the practical analysis of treatment (Therapeutic Foster Care) with psychotic patients and their clinical characterization, one arrives at a renewed understanding of dissociative psychosis.

These theoretical assumptions then allow the author to propose a new anthropology of the family and mother, rooted in theoretical contributions from the psychodynamics of work.

Key words

Care – living work – family - maternal - psychosis

Table des matières

Remerciements	7
Résumé	9
Résumé en anglais	10
Table des matières	11
Introduction	17
Chapitre I - Hospitalité et psychose : de la famille à l'hôpital, entre la famille et l'hôpital.	39
I) Quelques remarques préliminaires sur le concept de famille	39
II) D'une histoire des rapports entre maladie, psychiatrie et famille.	41
1. De l'hospice comme réponse à la rupture des liens familiaux à l'asile et la rupture familiale thérapeutique.	41
2. Un tournant, la guerre.....	47
3. Les théories de l'attachement et le modèle de la relation d'objet.	52
4. La désaliénation. Les années 50-80. Restaurer les liens avec la famille.	59
a) <i>La naissance de la psychiatrie de secteur et le souci « écologique ». Soigner avec l'environnement du malade et donc la famille.</i>	59
b) <i>Contribution et critique du courant antipsychiatrique.</i>	63
c) <i>Soigner la famille, prendre soin de la famille qui doit prendre soin du malade.</i>	68
5. De la mère nourricière au « care giver ».	72
III) Colonies et familles d'accueil : la famille comme institution d'accueil et de soin.....	81
1. Denise Jodelet et l'analyse du rapport à l'altérité	83
2. Savoir scientifique, savoir profane et représentation sociale de la folie.	89
3. Corps et travail : De quelle pratique parle-t-on ?	91
a) <i>Le travail des nourriciers de D. Jodelet et le travail paysan.</i>	91
b) <i>Le travail des accueillants familiaux de P. Sans : L'accueil thérapeutique.</i>	94
Chapitre II – De la démarche à la méthode	101
I) Une démarche théorico-clinique.....	101
1. Un objet complexe et articulé.....	101
2. De la scientificité de la connaissance.	104
3. Le terrain clinique.	114
4. Une démarche théorico-clinique et non expérimentale ou comparative	121
II) De la démarche à la méthode	122

1. Le travail avec les patients.	126
2. Le travail avec les familles.	130
3. Le statut du « récit de travail ».	134
4. La prise en compte des discours des soignants hospitaliers et le travail institutionnel.	138
III) Des limites de la recherche	139
Chapitre III - La clinique du travail de soin des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie adulte.	141
I) La coordination et le travail prescrit.	144
1. La coordination.	144
2. Le travail prescrit.	145
a) <i>Intégrer le patient dans sa famille et à son foyer. Travail émotionnel, travail affectif.</i>	146
b) <i>« Prendre soin de ».</i>	155
c) <i>Suivi des traitements et suivi médical : sous-traitance et délégation du geste ?</i>	157
II) Le travail des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie adulte : à la croisée et « en différence » avec les métiers de la petite enfance et les métiers soignants hospitaliers.....	160
1. Différences et similitudes avec les métiers de la petite enfance.	162
2. Différences et similitudes avec les métiers soignants hospitaliers.....	165
III) Le réel du travail.	169
1. Rencontrer et accueillir, mettre la maladie de côté.	172
2. Transmettre le « prendre soin de soi » et l'érogénéité du corps.....	177
3. « Vivre avec » et « faire avec » la psychose.	186
4. Souffrance et plaisir dans le travail d'A.F.T.	198
IV) Les règles de métier et les règles de travail.	215
1. Règles de vie, règles de travail.....	215
a) <i>Intégrer le patient dans sa famille et à son foyer. Travail émotionnel, travail affectif.</i>	218
b) <i>L'implication affective, l'opiniâtreté et l'engagement du corps. Entretenir la spontanéité et la vie.</i>	220
c) <i>Le corps dans le travail d'A.F.T.</i>	225
d) <i>Le temps et l'espace. « Une place pour chacun et du temps pour tous ».</i>	226
e) <i>Le statut du savoir. De la théorie et du bon sens. Savoirs et habiletés.</i>	228

2. Des règles de métier ?	230
V) La question du collectif.....	234
VI) Les voies de la coopération.....	238
1. La coopération verticale.....	239
a) Avec l'U.T.A.F.A.....	239
b) Autorité et confiance, la coopération verticale dans la famille.....	243
c) La responsabilité collective.....	245
d) La coopération verticale défensive ?	246
e) Conjuration de la violence et coopération verticale en A.F.T.	248
2. La coopération horizontale.....	253
a) La coopération défensive dans la famille.	254
b) Conjuration de la violence et coopération horizontale dans la famille.....	257
3. La coopération transverse.....	263
a) Vers une coopération transverse défensive.....	268
b) Alliance par exclusion et radicalisation des défenses en A.F.T.	272
c) Et la coopération avec la famille d'origine ?	274
VII) L'activité déontique ascendante.....	275
Chapitre IV – De la mère au travail maternel.....	279
I) Du <i>Nebenmensch</i> à la mère, l'incarnation par la pratique : La question des soins maternels.....	285
1. Du <i>Nebenmensch</i> à la Mère chez S. Freud.....	285
2. Le maternel incarné dans les soins : La contribution de D. W. Winnicott.....	286
II) Pratique et pensée maternelle.....	295
1. Les Éthiques du Care, les « maternalistes » et les apports de S. Ruddick.	295
2. Pensée, émotions ou affects : L'engagement du corps. La contribution de C. Dejours.....	301
3. Le « travail maternel » : Discussion de la théorie de W. R. Bion.....	311
4. Topique du lien ou topique du clivage ?	319
III) Le surgissement libidinal : amour et attachement. La production de l'humain.....	323
1. Des incidences des théories de l'attachement.....	323
2. Attachement, pulsion, amour et socialité : La contribution de J. Laplanche.....	326
IV) L'assignation et le travail maternel : Contribution à la civilisation et production du citoyen.....	337

V) Les achoppements du travail maternel.....	345
VI) Le travail maternel des familles d'accueil thérapeutiques en psychiatrie adulte.....	358
Chapitre V – Déficit vs Inhibition. Le corps dans la psychose dissociative.	367
I) De E. Bleuler à H. Ey. Constitution d'une entité nosographique : la schizophrénie autour du syndrome dissociatif.....	368
1. De la « démence précoce » d'E. Kraepelin au « groupe des schizophrénies » d'E. Bleuler.....	369
2. Perte du « contact vital au réel » et destin autistique, E. Minkowski et H. Ey.	376
II) Autisme, Inhibition et désinvestissement du monde : Le narcissisme, point cardinal..	383
1. Le contact vital à la réalité, le rapport à la vie : mais de quel vivant parle-t-on ?	383
2. L'introduction du narcissisme, renouvellement de la théorie des psychoses en psychanalyse.....	385
3. Narcissisme et traumatisme : Persistance de la perspective déféctologique en psychanalyse. Le modèle proposé par R. Roussillon.....	391
4. Pour une critique de la notion de déficit à la faveur de la notion d'inhibition. La proposition de V. Kapsambélis.	401
III) Corps et dissociation : L'apport de la psychodynamique du travail.....	407
1. La dissociation de la personnalité.	407
2. La dissociation du corps : Les apports de G. Pankow.....	409
3. La disruptivité pulsionnelle. Vers une nouvelle perspective métapsychologique de la psychose dissociative.	414
Conclusion.....	425
Annexes.....	455
Index des situations cliniques.....	455
Projet de création du groupe de parole destiné aux familles d'accueil.....	457
Résumé	462
Résumé en anglais	462

NB : Certains passages de cette thèse ont fait l'objet de publications antérieures :

DEBOUT, F. Travail, genre et care en clinique, *Le Carnet Psy*. Novembre 2015, pp 43-48

DEBOUT, F. Travail et Psychanalyse, *Champ Psy*, N°66, 2015, pp 5-8.

DEBOUT, F. Quelques éléments de la théorie psychodynamique du travail, *Champ psy*, N°65, 2014, pp 11-26.

- DEBOUT, F. & GERNET, I. Corps et travail, *Champ Psy*, 2014, N°65, pp 5-10.
- DEBOUT, F. Souffrance au travail. *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Le Seuil, 2014, pp 716-717.
- DEBOUT, F. La psychiatrie de secteur à l'hôpital général est en grand danger. *L'Information psychiatrique*, 2013 ; N°89, pp 13-14.
- DEBOUT, F. Préface à *De l'histoire de névrose infantile. L'homme aux loups* de S. Freud, Paris, Payot, 2010, pp7-36.
- DEBOUT, F. Préface aux *Cinq leçons sur la psychanalyse* de S. Freud, Paris, Payot, 2010, pp 7-26.
- DEBOUT, F. et ROUX, A. La passion, un peu, à la folie, pas du tout. Argument, *Champ Psy*, N°57, 2010, pp11-14.
- DEBOUT, F. & HARRUS-REVIDI, G. La vie, une question de rythme, *Champ Psychosomatique*, 2009, N° 54, pp5-7.

Introduction

Fondements et intérêts.

Du projet de thèse à la rencontre avec un objet
de recherche : Constitution d'un sujet.

Il était une fois une belle et vertueuse jeune princesse irlandaise de père païen et de mère catholique qui s'appelait Dymphne. Mais à l'aube où elle devait devenir femme, sa mère mourut laissant son père le roi Damon inconsolable. Il délaissa le royaume et son travail. Ses conseillers lui demandèrent donc de se remarier, convaincus qu'une nouvelle union mettrait fin à ce deuil pathologique. Mais il avait juré de ne prendre pour nouvelle épouse qu'une femme au moins aussi belle et vertueuse que sa défunte épouse. Des recherches furent lancées dans tout le royaume mais sans succès jusqu'à ce qu'un des conseillers fit remarquer que Dymphne ressemblait pour beaucoup à sa mère. Son père entreprit donc de l'épouser. Afin d'échapper à l'inceste proscrit par la religion maternelle, Dymphne s'enfuit et accosta près d'Anvers pour s'installer finalement à Geel. Mais elle fut vite retrouvée par les émissaires du roi son père. Face à son refus catégorique de l'épouser, il la décapita. Face à l'interdit de l'inceste, la belle à la mère morte perdit donc la tête.

Nombreux furent les villageois qui vinrent l'enterrer et se recueillir sur sa tombe et parmi eux, des « convulsivants » qui guérissent bientôt miraculeusement. Le bruit se répandit et les pèlerins commencèrent à affluer par bateau, en particulier ceux qu'on appelait encore à l'époque les insensés. Mais comme les miracles se faisaient attendre, les villageois proposèrent l'hospitalité... l'hospitalité en attendant le miracle.

Ainsi naquit la première colonie. Dymphne y est toujours vénérée. Les écrits religieux la dépeignent comme une vierge martyre d'un père inspiré par le diable.

Plus proches de nous, la légende de Dymphne a été reprise dans de nombreux contes : *Thibault et Doralice* publié en 1550 dans les *Nuits facétieuses* de Straparola ou encore *L'Ourse*, conte figurant dans le *Pentamerone* (II-6), recueil de contes merveilleux – premier en son genre –, publié vers 1635, œuvre posthume de Giambattista Basile. Ces deux derniers contes permirent à Perrault d'écrire *Peau-d'Âne* alors qu'en Allemagne, les frères Grimm en publiaient au début du XIX^{ème} une variante, *Peau Mille Bêtes*.

L'histoire d'enfants qui se construisent dans d'autres familles que leur famille d'origine est un motif littéraire très usité et important dans l'imaginaire collectif. Œdipe lui-même fut d'ailleurs élevé par d'autres que ses parents biologiques.

Le conte se distingue du roman et de la nouvelle par le statut accordé à la vérité des faits relatés. Le conte merveilleux, comme c'est le cas chez Perrault et Grimm, se déroule dans un

monde ou l'in vraisemblable est accepté, où les frontières entre le réel et le surnaturel se brouillent, les catégories sont redéfinies sans pour autant que cela nuise à la cohérence de l'histoire ou du contenu. Les personnages tiennent des places et des rôles définis, leurs aventures se terminent généralement bien.

Le conte désigne à la fois le récit de faits ou d'aventures et le genre littéraire (avant tout oral) relatant ces récits. Deux pratiques d'un même style littéraire, le conte est à la fois oral et écrit même s'il appartient à la famille de la littérature orale aux côtés de la légende, du mythe, de la fable etc. Il est narratif, contrairement à la devinette ou à la comptine. Il est délibérément fictif contrairement à la légende qui se présente comme véridique. Et à la différence du mythe, il a pour cadre narratif le monde des hommes. Destiné aux enfants mais écrit par des adultes, donc infiltré de « messages énigmatiques » (c'est-à-dire du sexuel) pour reprendre des terminologies laplanchiennes, le conte est conçu autant pour distraire que pour édifier et porte une charge émotionnelle importante. Il porte une question philosophique et représente un discours sur le sexuel¹.

Jusque dans la clinique même, les codes du conte fonctionnent : il s'agit bien de « faire comme si » l'accueilli appartenait à la famille, de faire « comme s'il pouvait ainsi être guéri » et pour laquelle « tout va bien »... toujours. Enjolivement de la réalité ? (V. Sadock, 2003) Mystification du réel ? Ici la vraisemblance a tout autant sa place que la prétendue objectivité de l'observation.

L'A.F.T² en Europe, pratique psychiatrique fille des « colonies », se raconte d'abord comme un conte merveilleux auquel personne [de sensé] ne peut croire : des fous qui vont mieux alors qu'ils sont accueillis chez Mr et Mme Toutlemonde ? C'est presque irréel ! « Je n'y crois pas, tu peux me raconter ce que tu veux sur ton placement mais je n'y crois pas ! » m'a longtemps renvoyé une amie psychanalyste très versée dans les relations parents/enfants. « Il y a beaucoup de maltraitance dans ces familles d'accueil », « il faut être une sainte ou cupide pour faire ce travail » ... sont autant de représentations populaires des familles d'accueil que j'ai pu rencontrer et qui se sont construites, véhiculées par et dans la littérature. On se souvient des Thénardier de Victor Hugo (1862), misérables exploitant les plus misérables encore.

¹ Je fais référence aux travaux sur les contes de fées, notamment ceux de B. Bettelheim.

² Accueil Familial Thérapeutique

La famille Thénardier, tenant une auberge à Montfermeil³, occupe un rôle clé dans le roman de Victor Hugo. Ils ont deux filles, un petit Gavroche et deux autres fils plus jeunes encore et dont le couple s'est « débarrassé » lors d'une sordide transaction. La mère, destinée à mourir en prison, ne s'intéresse qu'à ses filles et Gavroche se trouve livré à lui-même dans la rue. Le père est un ancien soldat devenu sergent et médaillé à Waterloo grâce à la méprise du colonel Pontmercy qui, revenu à lui alors que Thénardier était occupé à le dépouiller (comme il le faisait sur tous les cadavres du champ de bataille), a cru que celui-ci le secourait. Thénardier se fait alors passer pour un bon samaritain (ayant échappé au risque d'être pris et fusillé comme pilleur), d'où le nom de son auberge, qu'il affiche comme une gloire. Il incarne la figure de l'imposteur. Ce même colonel lui fera un don qui lui permettra d'émigrer aux Amériques avec l'une de ses filles où il s'installa comme négrier.

Fantine qui passe devant l'auberge des Thénardier ne peut pas garder son enfant, Cosette, car elle retourne à Montreuil sur Mer, sa ville natale, pour y chercher du travail et, au début du 19^{ème} siècle, une mère célibataire, une « fille-mère », était rejetée par la société. Fantine, trompée par l'attention portée par la mère Thénardier à ses deux filles, leur confie sa fille moyennant le paiement de 7 francs par mois. Contrairement à la promesse qu'ils ont faite à Fantine de bien s'occuper de Cosette, ils jalourent cette jolie enfant, l'asservissent et la maltraitent. Les Thénardier réclame alors des sommes de plus en plus élevées à Fantine qui, pour continuer à leur verser une pension mensuelle devenue exorbitante, et après avoir perdu son emploi, vend ses cheveux et ses dents de devant, puis, à bout de ressources, va jusqu'à se prostituer et mourir.

Ils font faillite après que Jean Valjean ait réussi à leur enlever Cosette (en leur achetant la petite). Quelques années plus tard, ils reviennent à Paris après avoir changé de nom et deviennent des malfrats, recourant à toutes sortes d'actes criminels et immoraux.

Dès le début, on pourrait penser que les caractéristiques morales du couple Thénardier seraient un effet de la misère sociale. Victor Hugo rend le ménage Thénardier antipathique alors qu'il s'apitoie sur leurs enfants exploités mais ce qu'il cherche surtout, c'est à faire réfléchir le lecteur sur les liens qui peuvent être établis entre des comportements délinquants, la violence, l'exclusion sociale et la famille. Tout au long du roman, les destins de Jean Valjean, de Cosette, mais aussi de Marius ne cessent de croiser ceux des Thénardier qui

³ Aujourd'hui en Seine Saint Denis, département dans lequel ma clinique actuelle est implantée.

joueront, en bien et en mal (et sans doute d'une manière non dichotomique), un rôle essentiel dans la vie des trois protagonistes de Hugo.

Alors quel rapport avec les histoires que nous raconte l'accueil familial aujourd'hui ? Quelles sont les spécificités de l'A.F.T. pour adultes ?

L'A.F.T. se servirait-il de la mise en récit du travail pour conjurer la violence de ces accueillants (P. Molinier, 2003) ? Il ne s'agit pas dans cette clinique, de récits explicatifs ou teintés de dérision ayant pour fonction de permettre un « encerclement du réel » comme le définit Pascale Molinier dans le travail féminin. Il s'agit bien de se raconter une histoire, pour vivre une histoire à plusieurs. L'enfant/l'adulte, le normal/le pathologique, le travail/la vie familiale etc. se mêlent et s'entremêlent brouillant ainsi les repères de la connaissance du monde, les catégories nous permettant d'y avoir un accès « naturel » et immédiat. C'est sans doute pour cette raison que l'A.F.T. choque autant qu'il inquiète, sidère autant qu'il fascine, parle à tous alors qu'il n'est construit que d'histoires singulières. Qui est fou ? Qui ne l'est pas ? Qui est l'adulte ? Et qui travaille ? Comment concevoir que l'émancipation subjective naisse de la dépendance ?

La clinique de l'A.F.T. convoque la question des valeurs et de la morale. Dépeintes comme saintes ou comme tortionnaires, les familles d'accueil et surtout les *accueillantes* viennent nous signifier *par leur activité* quelque chose de l'origine du Bien et surtout du Mal. Cette clinique nous amène à considérer **le Mal (et le Bien donc) comme une pratique et non comme une catégorie de pensée ou un invariant.**

Le placement familial d'adultes se distingue en deux catégories différentes, recouvrant un travail tout aussi différent : le placement social et le placement dit thérapeutique. Notre travail porte sur le second.

Le placement familial thérapeutique en France recouvre des pratiques et des ambitions très hétérogènes tant dans le temps que d'un hôpital à l'autre. Classiquement, on distingue trois modèles : la colonie, l'annexe et les placements familiaux disséminés. L'histoire des placements familiaux pour adultes en Europe trouve en la colonie de Geel son origine⁴. Au XIX^{ème} siècle, le fou de Dieu laisse la place au fou du médecin et le débat s'installe sur ce type de pratique médicale au regard de la sécurité qu'offre la prise en charge hospitalière

⁴ Vassilis Kapsambélis dans une conférence à Lisbonne en 2012 rappelait fort justement que c'est au Japon en 855, à deux pas de Kyoto (la capitale de l'époque) qu'il est fait mention des toutes premières expériences d'accueils familiaux pour malades mentaux.

(aujourd'hui donc rien de très nouveau !). L'engorgement des asiles et les nécessités économiques contribuent alors à la reproduction de l'expérience de Geel, notamment à Dun-sur-Auron en 1891 puis à Ainay-le-Château en extension. Ces colonies familiales connaîtront alors des succès divers. De lieux de liberté, elles ont été dépeintes comme des lieux d'exclusion.⁵ C'est la sectorisation de la psychiatrie, fin des années 50 (la circulaire établissant la naissance des secteurs de psychiatrie date de mars 1960) qui a relancé ces pratiques en les considérant comme des soins.

I. Un rapport familial, affectif à la psychiatrie et à l'accueil familial. Construction d'un sujet scientifique et terroir culturel familial

L'une des spécificités de la clinique de l'accueil familial est d'imposer au clinicien chercheur une modalité de relation au sujet tout à fait particulière. Jeanne Favret-Saada (1981) soulignait, à propos de la sorcellerie dans le bocage, l'importance pour elle d'être « affectée » par son objet d'étude pour y avoir accès. L'implication émotionnelle et affective n'étant pas pour elle un effet de la recherche qui serait à maîtriser mais le cœur même du dispositif permettant un accès scientifique au domaine étudié. Ce type de recherche portant sur le quotidien ordinaire implique chez le chercheur la pénétration réciproque de la sphère privée et du travail de recherche scientifique.

Comme dit l'adage, on cherche toujours ce qu'on a connu déjà... c'est en travaillant sur la thèse que je me suis rendue compte que ma grand-mère, fille-mère et infirmière surveillante (comme on disait à l'époque) en psychiatrie à Clermont de l'Oise a elle-même accueilli chez elle pendant plusieurs années, une patiente de l'hôpital pour s'occuper de ma mère alors en bas-âge et de mon arrière grand-mère (après le décès de son mari cheminot, elle est venue vivre chez ma grand-mère) quand elle allait travailler. J'ai toujours entendu parler d'Andrée mais sans y prêter attention... jusqu'à ce que je lise qu'à Fitz-James existait une « colonie »... Chez moi aussi, le travail en psychiatrie c'est une histoire de famille! Ma grand-mère, mes parents et une partie de ma famille, sans parler des amis de la famille et des voisins travaillent ou ont travaillé à l' « HP », parfois toute leur carrière dans le même service. Je suis née à Clermont-de-l'Oise, je suis allée à la crèche de l'hôpital psychiatrique et j'ai grandi à Fitz-James. Ma mère et ma grand-mère y habitent toujours. Mais travailler en psychiatrie était pour moi la carrière proscrite ! Ma mère, infirmière en psychiatrie a tenté longtemps de me

⁵ C'est ainsi que D. Jodelet analysait les colonies comme celle d'Ainay-le-Château.

dissuader d'emprunter cette voie... et pendant mes études et au début de ma carrière, de nombreuses fois on a tenté de me dissuader de poursuivre mes recherches dans le champ de la psychiatrie, de l'accueil familial thérapeutique et surtout celui du travail, questions que l'on me disait être de peu d'intérêt et directement associées à la question de la maltraitance... Il ne fallait donc surtout pas s'y intéresser ! Il fallait entrer dans l'éducation nationale et surtout être payée pour faire mes études. Mais à l'admission à l'E.N.S, au moment d'aller à l'oral d'entrée, je n'en voyais pas vraiment le sens. J'avais acquis durant les années de classes préparatoires ce que j'étais venue y chercher : de la culture générale, une ouverture sur la culture, des horizons de possibles, une formation scolaire solide et du temps pour déterminer ce que je voudrai être. L' « école normale » n'était pas le but pour moi... à la grande déception de ma mère... redoublée quand je lui annoncé mon souhait de m'inscrire en psychologie clinique et non de faire médecine !

Après avoir hésité à passer le concours d'entrée à Sciences Po Paris⁶ et avoir soutenu une maîtrise en phénoménologie à la Sorbonne sous la direction de Jean-Luc Marion sur l'analyse de la technique et de l'objet technique chez M. Heidegger, j'ai décidé de poursuivre mes recherches concernant la Technique mais à partir d'une discipline et d'une méthodologie faisant une place au corps, la psychologie clinique. Mon D.E.S.S. dirigé par Gisèle Harrus-Révidi (au jury, Paul Laurent Assoun) portait sur le statut de l'objet technique médical pour le patient lombalgique chronique et mon D.E.A, lui aussi dirigé par Gisèle Harrus-Révidi (jury, Alain Vanier) portait sur le travail comment outil thérapeutique en psychiatrie. Les liens entre travail, technique, corps et psychose restent le fil conducteur de mes recherches.

Si le quotidien ordinaire n'intéresse pas grand monde, il semble que l'accueil de patients adultes de psychiatrie dans des familles d'accueil soit pourtant un sujet polémique et à controverse... parce qu'il nous concerne tous au fond. Comprendre le quotidien normal qui d'emblée ne nous parle pas, qui se laisse vivre comme une évidence et qui pourtant recèle tant de complexité. L'A.F.T. nous dit quelque chose de l' « infra-ordinaire » de G. Pérec (1989), de l'habituel, du familier, du quotidien, du normal, du naturel dont il convient justement d'interroger le caractère fondamentalement extraordinaire. Interroger ce qui semble tellement aller de soi que nous en avons oublié l'origine... et retrouver quelque chose de l'étonnement.

⁶ Projet dont m'ont dissuadée mes professeurs de philosophie en classe préparatoire, Jean-Pierre Marcos, François Fédier puis Bruno Huissman

Cette forme de prise en charge, dans un contexte de réorganisation hospitalière suscite aussi bien l'intérêt que des interrogations pour ne pas dire des condamnations morales ! En tout cas, elle ne laisse jamais insensible. Force est de constater beaucoup de résistances de la part des acteurs « psys » d'une manière générale pour penser le travail des familles d'accueil thérapeutiques et en suspendant tout a priori.

De la part des psychiatres qui croient y voir une solution aux problèmes rencontrés sur le terrain (engorgement des services, extensivité de la psychiatrie reléguant la prise en charge de la psychose derrière celle de la « santé mentale », diminution du nombre de lit, injonction sécuritaire, réorganisation des soins à l'hôpital etc.) sans pour autant vouloir entendre la spécificités et les contraintes auxquelles sont soumises ces familles d'accueil. Au mieux ils disent qu'elles peuvent « comprendre ce que c'est que la schizophrénie », leur attribuant une illusoire posture égalitaire, mais surtout pour affirmer qu'elles sont payées pour « ça » (entendons supporter un patient psychotique chez elles 24h/24 et supporter ses troubles). Ce que j'entendais là comme du mépris et de l'ambivalence se retrouvait chez d'autres soignants de psychiatrie pour lesquels admettre que des gens non formés réussissent là où ils échouent occasionne une souffrance et un déficit de reconnaissance de leur propre travail. Et que dire de ceux psychiatres, psychologues, psychanalystes s'étonnant de « l'enflure du signifiant travail » dans mes recherches considérées comme une « idéologie »... et de ceux pour lesquels la « domination féminine, c'est pas joli »?⁷

III. Contexte organisationnel

Il est donc important de replacer l'A.F.T. dans le contexte actuel. Le travail en psychiatrie, et en général à l'hôpital général se désorganise. Comment lutter contre la désorganisation psychotique alors ? Si des patients vont moins bien à être hospitalisés aujourd'hui, cela ne s'entend selon moi qu'au regard de la clinique contemporaine du travail en psychiatrie à l'hôpital général. Cette thèse s'inscrit dans une période où l'organisation du travail hospitalier est dominée par une logique de gestion qui ne veut rien entendre de la logique de soin.

Si le travail des familles d'accueil ne peut se décrire qu'en contraste avec les professions avec lesquelles il entretient des liens historiques et/ou fonctionnels, il dépend également des moyens donnés par l'organisation du travail pour qu'il puisse être fait. De ce point de vue, le

⁷ Je cite des remarques qui m'ont été adressées par des collègues suite à la présentation que j'avais faite du travail des familles d'accueil au sein d'un cercle de recherche clinique en psychiatrie.

travail des familles d'accueil thérapeutique est donc directement impacté par l'organisation du travail à l'hôpital et plus spécifiquement ici, par l'organisation du travail en psychiatrie à l'hôpital public général. Pour que ce travail puisse se faire, il faut qu'on lui en donne les moyens : Manque de personnels, dégradations régulières de la formation des soignants au profit de leur technicité, pressions morales s'appuyant sur l'engagement subjectif dans le travail et érigées en règle de management, déni des savoirs spécifiques, contraintes à faire des actes que moralement et techniquement les soignants réprouvent et non respect pour le travail accompli... majorent la souffrance au travail des équipes hospitalières - infirmières et pas seulement. Cela n'est pas sans conséquences sur les prescriptions de travail faites aux familles d'accueil et sur les stratégies qu'elles peuvent mettre en place face à ces mutations dans l'organisation du travail.

Patients désœuvrés, délaissés, seuls au milieu d'autres tout aussi seuls... l'hospitalisation peut désormais faire aller plus mal. Et c'était l'une des indications pour une admission à l'U.T.A.F.A. quand je suis arrivée. Le placement familial s'adresse à ces patients que les équipes ont vu aller plus mal en hospitalisation mais qui ne peuvent pas vivre à l'extérieur soit parce qu'ils n'ont pas de solution d'hébergement, soit parce que la solitude peut entraîner la rechute, soit en raison de la sévérité de leur handicap qui ne leur permet pas d'assumer seul leur quotidien.

L'institution ne garantit plus aux patients un espace-temps protégé et protecteur leur permettant d'aller mieux. L'institution hospitalière publique a perdu sa fonction de point de repli pour les plus fragiles et les plus vulnérables. L'hôpital ne protège plus ni les patients, ni les agents. Pour reprendre une expression de D.W. Winnicott, l'institution ne serait plus « suffisamment bonne ». Souvent, le personnel soignant n'a plus le temps de soigner et encore moins d'individualiser les soins et de les penser. S'il peut traiter (donner des médicaments etc.), il n'a plus les moyens de prendre soin de ceux qu'il traite. Et si en psychiatrie, le temps soigne, le soin est désormais rendu impossible ou tout au moins grandement entravé. Les désorganisations du travail ne permettent plus de mettre en place ce temps qui soigne et c'est alors le sens même de l'hospitalisation, la vocation même de l'institution qui sont perdus.

Dans cette optique, le placement familial constituerait une alternative et une tentative de récupération du sens du travail en psychiatrie mais qui passerait par une « délocalisation » de ce travail soignant. C'est alors tout un pan du travail en psychiatrie qui se trouve « sous-

traité » à ces mères au foyer, ici principalement originaires des Antilles ou du Maghreb⁸. Elles sont payées par l'hôpital (mais dans un statut très précaire⁹) pour participer au projet de soin et pour prendre le temps qu'on ne peut plus prendre à l'hôpital. En ce sens, il me semble que l'on peut parler d'une forme de « sous-traitance du travail de care infirmier » et de « délocalisation » de ce travail.

La sous-traitance est un contrat par lequel une entreprise dite « mutuelle » demande à une autre entreprise dite « assujettie » de réaliser une partie de sa production ou des composants nécessaires à sa production. Les entreprises sous-traitantes sont des entreprises auxquelles sont agréées certaines parties de travail. Le sous-traitant est différent du simple fournisseur car il fabrique un produit conçu par le commanditaire ou, souvent, en commun avec lui. Le produit est fabriqué par le sous-traitant pour le compte exclusif du commanditaire et ne porte pas son nom. Le sous-traitant s'engage exclusivement sur la conformité de son exécution par rapport aux directives du commanditaire. Certaines formes complexes de sous-traitance (impartition, entreprise en réseau) vont plus loin que la prise en charge de certaines activités. Elles visent à faire coopérer plusieurs entités indépendantes à la conception et la réalisation de projets que l'entreprise initiatrice n'a pas intérêt à, ou n'a pas la possibilité de, réaliser entièrement par elle-même.

Mais si les avantages sont nombreux pour celui qui sous-traite, c'est-à-dire l'hôpital, on ne peut pas en dire de même pour les familles d'accueil. Si l'avantage principal de la sous-traitance pour un sous-traitant est de lui assurer un niveau de commandes assuré (c'est-à-dire des périodes sans patient réduites pour les familles d'accueil), les familles d'accueil n'en bénéficient pas, essentiellement en raison de l'imprévisibilité des troubles et de l'état psychique des patients. Par contre, tous les inconvénients de la sous-traitance se retrouvent :

- Le coût est plus élevé que la production interne : les familles d'accueil coûteraient de l'argent à l'hôpital pour faire une partie du travail anciennement dévolu aux infirmiers psychiatriques mais ne rapporteraient rien.

⁸ Sur 13 familles, 2 sont d'origine antillaise et 10 sont d'origine maghrébine.

⁹ CDD à répétition et dépendant d'une évaluation. Il suffit en fait de ne plus confier de patients à une famille d'accueil pour cesser de travailler avec elle. Les licenciements sont donc rares et les motifs invoqués peuvent faire intervenir la vie privée de la famille d'accueil. Ce qui soulève de nombreuses questions notamment aux acteurs du droit du travail...

- Une forme de dépendance se crée. Le donneur d'ordres est obligé de livrer certaines données (des « secrets de fabrication », etc.) au sous-traitant qui pourra alors les utiliser avec d'autres partenaires ou à son propre profit. Ainsi la transmission d'informations concernant le patient placé dans la famille d'accueil ou la transmission de savoirs théoriques deviennent des enjeux importants car pris dans des stratégies collectives défensives notamment infirmières : Il est impératif de conserver le dualisme entre celles qui savent et celles qui font même si des éléments du savoir théorique et du savoir pratique doivent entrer en discussion pour que le travail puisse se faire.

La délocalisation économique et le transfert d'activités, de capitaux et d'emplois en des régions du pays ou du monde bénéficient d'un avantage compétitif du fait :

- soit de coûts plus bas (main d'œuvre peu coûteuse, meilleur accès aux ressources naturelles, fiscalité et réglementation plus attractives) ;
- soit d'un pôle de compétence technologique, ou du moins de personnel compétent ;
- soit d'infrastructures mieux adaptées ou d'un environnement plus attrayant ;
- soit d'un marché local assurant des débouchés plus vastes ou intéressants.

La délocalisation consiste à l'abandon d'une activité de production nationale, le transfert de cette activité vers une unité de production à l'étranger et l'importation de la partie de la production réalisée à l'étranger destinée au marché national ou local. Etymologiquement, il s'agit de changer un « local » pour un autre, considéré comme étant plus rentable. Le suffixe « local » permet d'inclure aussi bien les transferts d'une ville ou d'une région à une autre à l'intérieur d'un même pays, que d'un pays à un autre, voire d'un continent à un autre. Dans sa conception la plus stricte, le terme « délocalisation » signifie la fermeture d'une usine sur le plan national et son transfert à l'étranger suivi de la réimportation de la production. Alain Wisner (1985) avait démontré que les transferts de technologies étaient aussi des transferts de culture. Il insiste à juste titre sur les formes sociales d'appropriation des objets techniques à travers une triade de comportements (par exemple rejet, acceptation, adaptation). Ces transferts sont inhérents au système capitaliste et obéissent aux stratégies expansionnistes des entreprises. Ils véhiculent une forme de domination de type néocoloniale : rappelons-nous que l'essentiel de ces familles d'accueil sont des femmes d'origine, pour la majeure partie,

maghrébine ou antillaise. La question de la délégation de tâches dans le travail recouvre en fait celle de la domination néocoloniale mais qu'est-ce qui est « délégué » au juste et comment ? L'analyse clinique du travail d'A.F.T. (chapitre III) nous permettra d'y répondre.

Diminution du nombre de lits d'hospitalisation, diminution des effectifs, crise des vocations, refonte du diplôme infirmier (troisième version en moins de 30 ans et désormais rattaché à l'université) et difficultés de mise en œuvre du travail collectif, mise en place de la tarification à l'acte, verticalisation de l'organisation de la coopération et hiérarchie médicale rigidifiée, mise en place de l'évaluation individualisée des performances etc. ont amené une mutation des organisations de travail hospitalières en allant dans le sens d'une compression du « temps accordé » à l'autre : gestion de l'urgence, rétrécissement des temps de convivialité et d'échanges (temps des transmissions, « pause » infirmière, temps des synthèses, comptabilisation du temps moyen des entretiens et des consultations, augmentation des files actives etc.). L'hôpital n'a plus pour vocation d'accueillir mais de traiter.

A l'heure où le « nerf de la guerre, c'est l'argent » (entendons dans un contexte de restrictions budgétaires dans la fonction publique), la vie des services est suspendue à l'octroi des budgets désormais liés à la « cotabilité » de l'activité et du travail. Or le temps accordé à l'autre est un impondérable dans ce travail. La temporalité hospitalière actuelle entre en collision avec la temporalité du soin.

L'A.F.T. que l'on peut entendre comme un travail de care délocalisé et sous-traité serait-il devenu le dernier bastion de préservation d'un bon travail de soin et du travail soignant?

Ce travail a pour ambition de penser le travail de soin en psychiatrie ; notre travail en pensant celui des autres et avec les autres. Penser ce que le travail de l'autre vient nous dire de notre propre travail. C'est une question difficile et pourtant nécessaire. Repenser le soin, repenser le sens de notre travail et donc le retrouver dans un contexte où tout est fait pour nous en éloigner. L'objectif n'est donc nullement de condamner la psychiatrie hospitalière ou même de souscrire à une thèse antipsychiatrique mais de mettre en perspective les conditions à partir desquelles elle peut déployer toute sa richesse et sa créativité dans le maintien de la cohésion sociale. Il s'agit aussi de repenser les liens entre la psychiatrie et la communauté sociale environnante.

IV. Problématisation et construction de la thèse.

L'objet de cette thèse n'est pas l'analyse des « colonies familiales » comme celle de Dun-sur-Aron ou celle d'Ainay-le-Château. Elle n'est pas une reprise des théories de Denise Jodelet pour trois raisons principales. Il nous faudra tout de même discuter Denise Jodelet (chapitre I) car les conclusions qu'elle tire de l'analyse d'une situation spécifique identique à celle qui nous occupe – le côtoiement quotidien de la psychose – différent beaucoup des nôtres.

Tout d'abord, D. Jodelet et moi n'occupons pas le même positionnement subjectif vis-à-vis des familles d'accueil. D. Jodelet n'est pas engagée dans le travail de soin. Ensuite, le terrain clinique n'est pas le même. Enfin, l'objectif de Denise Jodelet et le mien ne convergent pas. D'une part, Denise Jodelet démontre qu'un groupe social vit et perdure par l'exclusion de l'altérité et d'autre part elle démontre que cette exclusion de l'altérité repose sur des représentations sociales¹⁰ de la folie. Mon objectif est tout autre. A partir de l'analyse de la situation d'accueil familial thérapeutique, j'entends analyser les habiletés soignantes et thérapeutiques mises en œuvre par ces accueillants, à leur domicile. L'enjeu ne sera dès lors pas l'analyse de l'altérité et de l'exclusion mais celle du travail d'accueil et d'insertion du différent, de l'autre.

La psychiatrie de secteur, c'est-à-dire la psychiatrie d'aujourd'hui en France, rencontre une crise multifactorielle. Sa naissance était liée à une évolution des rapports qu'elle entretenait avec le tissu social et en premier lieu la famille (d'abord celle des patients mais aussi la famille en tant qu'institution).

La psychanalyse rencontre elle aussi une crise, consubstantielle avec celle de la psychiatrie. Sa place est menacée à l'hôpital, sa légitimité est remise en cause sur la scène sociale.

Que leur reproche-t-on ? A l'aune de la politique générale de l'évaluation des résultats, on conteste à la psychanalyse son efficacité, notamment au sein des pratiques psychothérapeutiques en psychiatrie. Mais au-delà des remises en causes pratiques, ces crises véhiculent en arrière fond le traitement qui a pu être fait par le passé de la famille (voir à ce sujet les débats concernant la prise en charge et le traitement de l'autisme et des psychoses, les attaques contre la psychothérapie institutionnelle et de manière un peu décalée, les débats concernant

¹⁰ Loin du discours scientifique rationnel, ces représentations sociales n'en infiltrent pas moins le discours scientifique selon elle.

la famille, le genre et les « troubles de l'identité de genre », comme les nommait C. Chiland en 2011 dans *L'Information psychiatrique*¹¹).

Repartir de la question de la famille, des soins primordiaux dans toute leur matérialité me semble donc être une voie principielle non pas pour faire un état des lieux de la crise rencontrée par les deux disciplines porteuses de la référence à la subjectivité dans le soin humain mais pour esquisser des pistes d'analyse et se saisir de cet état de fait pour se mettre au travail : **repenser le soin à partir de la centralité du sexuel, ce qui ne me semble possible (et il s'agira de le souligner par ce travail) qu'à partir de la convocation de la question de la centralité du travail.**

La tendance actuelle est bien d'aller vers une plus grande coopération avec le champ médico-social et elle est tout à fait louable mais il me semble que la coopération ne peut s'entendre qu'entre deux ensembles distincts. La coopération n'est source d'enrichissement, de gain que si elle permet à chacun de consolider son identité [de métier], c'est-à-dire les spécificités de sa praxis et de sa doctrine. Il y a nécessité pour la psychiatrie à se penser, toujours, comme discipline médicale c'est-à-dire portant un discours sur la maladie (qui ne peut alors ni s'entendre comme un ensemble symptôme ni comme handicap). C'est là un des enjeux de cette thèse. Le second, non disjoint, porte sur la psychanalyse. Dans un mouvement double, il s'agit de faire une place au travail dans le champ de la psychanalyse. Aujourd'hui la psychanalyse, elle aussi entrée en crise, se doit de reprendre un point aveugle de l'édifice freudien et l'intégrer à sa doctrine, la question du travail. Pour rester une discipline vivante (et c'est à cette condition qu'elle a humanisé les pratiques psychiatriques sans doute) et ne pas se transformer en ensemble normatif, la psychanalyse se doit de faire une place au centre de son édifice théorique, à la question du travail.

La famille a d'abord été pensée comme le terreau biologique de la maladie mentale (théories de la dégénérescence) et la « nature » des membres de la famille, en particulier la mère, traditionnellement en charge par la société des premiers soins apportés au bébé a été mise en cause. Les mères (les pères autrement et dans un second temps, il faut bien l'admettre) étaient devenues responsables puis coupables de la maladie de leur enfant. Le discours psychanalytique a apporté sa contribution à la construction de la figure de la mère responsable des troubles de l'enfant et de l'adulte que ce dernier deviendra. Elle est donc

¹¹ *L'Information psychiatrique*, « Troubles liés au genre », volume 87, 2011/4.

devenue responsable et coupable dans le champ social d'avoir échoué dans sa tâche de socialisation et de production du « bon citoyen ». Sur ce point elle a été rejointe par le père, lui tenu responsable par son « absence » et son retrait face à la fusionnelle dyade mère-enfant. Un premier point de « bascule » a lieu en passant de la responsabilité portée par les mères vers la mise en compte des voies de communication pathogènes dans la famille (théories systémiques et groupales). Cette bascule, cette « révolution » nous dit G. Pankow (1977), a permis une relative déculpabilisation des mères et avec elle, des familles. En parallèle, les familles et amis des patients de psychiatrie ont commencé à s'organiser en associations, commençant alors à se poser comme interlocuteur collectif et politique.

Ces dernières ont pu alors être perçues à la fois comme « souffrantes » de la maladie de l'un de leur membre (à la fois souffrantes du regard porté sur elles mais aussi en tant que souffrant psychiquement et faisant d'elles des patients). Puis leur souffrance n'a plus été référée au regard social ni à une pathologie dont elles seraient atteintes mais au regard de la « charge » occasionnée par le soin à apporter au malade (voir le début des études sur le care et la souffrance des aidants familiaux). Cette seconde phase a été rendue possible parce qu'elles ont été progressivement considérées comme des auxiliaires du soin.

Mais cette bascule s'est d'une part accompagnée du « refoulement » du sexuel (et pourrions nous reprendre la formule de J. Laplanche, du « sexual ») au centre du fonctionnement intrafamilial allant de concert avec ce que je n'hésiterai pas à qualifier d' « angélisation du féminin et du maternel » (notamment par les travaux actuels sur le Care. voir chapitre I et IV). D'autre part, cela n'a pas fait de place à la considération du « travail » de la famille, sous couvert de la reconnaissance de la « charge » subie (et sans doute pour éviter les excès du passé). Comme le soulignait J. Laplanche (2003, p 70), la psychanalyse a évolué vers une « désexualisation » et nous ajoutons, à la suite des travaux de C. Dejours (2009) parce qu'elle a raté le rendez-vous avec la question du travail - du « travail vivant ».

Cette thèse qui s'appuie sur la conception de la double centralité subjective dejourienne (centralité du travail/centralité du sexuel) se veut construite autour d'une double démarche critique :

- La critique du concept de maternel tel qu'il a été construit par les sciences humaines en particulier en psychanalyse et dans les théories du care.
- La critique d'une conception de la psychose dissociative définie à partir des notions de déficit/ « recovery ».

Ces deux axes ne sont pas dissociables l'un de l'autre. Ces familles, ces accueillants, n'accueillent pas bénévolement, gracieusement et par naturelle bonté (ou même militantisme politique) un patient de psychiatrie chez eux. Pour comprendre ce qui est opérant d'un point de vue thérapeutique dans ces dispositifs, il nous faut considérer la matérialité de leur travail (chapitre III). Le concept de travail est polysémique quand on en cherche les occurrences dans le corpus psychanalytique et le travail ne fait en général pas l'objet d'un traitement spécifique de la part des psychanalystes. Tantôt rangé du côté de la réalité matérielle (par opposition à la vie fantasmatique), tantôt assimilé à un décor sur lequel pourrait se rejouer la névrose infantile, il était pour S. Freud, considéré essentiellement sous deux angles différents: d'une part le travail professionnel (*Poiesis*) désignant les activités accomplies dans le champ social et pouvant être considéré comme un aboutissement de la cure (la guérison venant rejoindre la remise au travail) et d'autre part le travail (*Arbeit*) imposé au psychisme par le corps. Le travail se posant alors comme la limite de la cure psychanalytique. Ce que soutient la psychodynamique du travail, c'est qu'il n'y a pas de dichotomie entre *travail-Poiesis* et *travail-Arbeit* mais plutôt des liens d'implication réciproques. Les tâches concrètes, matérielles faites par les familles d'accueil thérapeutique sont indissociables d'un travail de soi sur soi, intra-subjectif, source de l'intelligence et des habiletés nécessaires au travail.

La notion centrale dans notre propos de thèse, c'est celle de « travail vivant » (C. Dejours, op cit.) en tant qu'il se définit par une intelligence qui part du corps. Le corps dans le soin, c'est d'abord celui de soignant impliqué et engagé dans les activités de soin mais aussi celui que ce dernier a pour visée privilégiée, le corps du patient psychotique. **Le soin a donc à voir avec un corps à corps.** La dimension psycho-affective est engagée dans le soin mis en œuvre par les familles d'accueil thérapeutique de telle sorte que sans elle, le soin est impossible mais cela ne suffit pas. Il faut y adjoindre le génie du soignant, ce qui relève du travail et de la « néo-formation » d'habiletés que je reprends sous le terme de « travail maternel » (voir chapitre IV).

Le *travail vivant* insiste sur deux dimensions : D'une part le travail comme production de service (*poiesis*), d'autre part la mobilisation de l'intelligence spécifique qui n'était pas là avant ni donnée par une formation, une instruction etc., c'est-à-dire l'*Arbeit* freudien. L'*Arbeit* freudien est le maillon articulant la centralité du travail (*poiesis*) et la centralité de la sexualité dans la vie subjective ; le cœur même du « travail vivant » de C. Dejours.

Le terme d'*Arbeit* dans la métapsychologie freudienne prend de nombreuses formes (travail de deuil, travail de refoulement, travail de condensation, travail de culture, travail de rêve mais aussi la perlaboration). Le motif commun à ces différentes formes du travail, c'est la question de la transformation subjective entraînée par les remaniements psychiques consécutifs à l'expérience et la réappropriation de l'expérience de travail.

« Un travail-*Arbeit* dont l'enjeu est le remaniement du corps érogène. Rien de moins. C'est-à-dire, que par le truchement du travail-*Arbeit*, le travail-*poiesis* convoque la sexualité qu'il pousse à évoluer. » (C. Dejours, 2009, op.cit, p177)

L'intelligence est créée en situation, suppose et peut générer la formation de nouvelles habiletés (il faut alors les inventer, les créer). Dans le processus par lequel elles adviennent et qui suppose un travail de soi sur soi (l'*Arbeit* freudien), on trouve le corps. Si bien que le concept de travail, loin de ne s'inscrire que dans le champ des sciences sociales, aurait une inscription métapsychologique. Comme le souligne C. Dejours (2009, op.cit), le travail n'est pas un environnement. Il n'existe que s'il est à l'intérieur ; il ne commence qu'avec l'engagement de la subjectivité.

Le *travail vivant*, c'est la mise en jeu du corps qui sent et qui peut sentir d'une part parce qu'il s'éprouve en lui-même et parce qu'il éprouve la vie en lui-même (conception de l'effort selon Maine de Biran et celle de la corps-proprieté de M. Henry reprises par C. Dejours, 2009, tome 1, op.cit). Par cet engagement et mise en jeu du corps dans l'effort, c'est toute la subjectivité qui est mise au travail. De cette épreuve, de cette crise subjective le sujet au travail pourra en sortir profondément déstabilisé sur le plan identitaire ou au contraire grandi et plus solide.

La référence au travail vivant permet d'analyser le soin non seulement comme une habileté, un talent, un don ou une disposition qui serait d'ordre affectif¹² mais aussi comme un travail sur soi impliquant un collectif de travail. Cette référence s'appuie tant sur la psychanalyse que sur une théorie sociale. C'est ce que nous argumenterons dans le chapitre IV : la disposition psychoaffective nécessaire et fondamentale aux soins ne peut pas s'entendre ni du côté d'un « instinct » ou d'une « vocation », d'une donnée « naturelle » de la personnalité, du caractère ou du sexe mais bien comme le fruit d'un travail intrapsychique complexe sur l'ensemble de ces déterminations sociales psychologiques, biologiques et sociales.

¹² Une disposition et non une « prédisposition » car cette dimension psycho-affective ne préexiste pas à la situation de soin. Elle n'est pas préexistante ; cela la rangerait du côté de la nature et ne la définirait pas comme un travail.

Cette centralité du travail vivant se décline en cinq points :

- a) La centralité économique.
- b) La centralité par rapport à la santé, c'est-à-dire dans la construction de l'identité. C'était là un point de départ de mes questions préliminaires au travail de thèse : D'une part, comment font ces accueillants pour ne pas tomber malades à côtoyer quotidiennement, dans leur espace privé, la maladie mentale ? Et d'autre part, par quels processus le travail des familles d'accueil permet-il à ces patients atteints de pathologies dissociatives lourdes d'être moins malades ?
- c) La centralité dans les rapports de genre. Dans le chapitre IV, il s'agira de voir en quoi le travail maternel s'appuie sur un travail subjectif concernant relatif à l'assignation de genre. Il peut représenter une voie partielle de subversion des rapports de domination dans l'espace domestique et familial. Le travail implique toujours de facto les membres de la famille et même l'économie conjugale. Les liens entre travail et famille ont été envisagés, au mieux sous l'angle de dépendances, des conséquences de l'un sur l'autre mais il s'agira de pousser l'analyse un cran supplémentaire en considérant le travail au centre même de l'économie relationnelle de la famille. Il s'agira de définir les caractéristiques du « travail de la famille » ou encore le « travail familial ».
- d) La centralité politique c'est-à-dire « la puissance de transformation que contient le travail sur l'évolution de la société » (C. Dejours, 2009, op cit., p 189) : Dans cette thèse, les questions du pouvoir d'émancipation (et les limites de ce dernier) du travail des familles d'accueil, de celui des soignants hospitaliers et de l'articulation des deux sont présentes. En considérant que l'être humain n'est pas naturellement tourné vers la concorde et l'amour de l'autre, il nous faudra éclairer les logiques de domination qui infiltrent ces organisations de travail et comment elles peuvent trouver en la coopération une voie de conjuration de la violence, ouvrant la voie alors au travail de Culture. Repenser les liens familiaux sous l'angle de la coopération facilitée, permise ou empêchée permettrait alors de regarder autrement ce que l'on appelle aujourd'hui les attaques du lien social en replaçant la famille au centre du processus de genèse du lien social. Ce point, repris et traité en chapitre 4 représente une des incidences de ce travail de recherche qui se réclame de prétentions dans un champ interdisciplinaire : saisir ce point critique en psychopathologie – la genèse du lien social et la place

occupée par la famille – ses évolutions dans la société contemporaine ainsi que la théorisation qu'il convient d'en faire en sociologie. Il s'agit d'examiner les conséquences pour la sociologie que de penser le lien sociale comme fondé sur la coopération.

- e) La centralité épistémologique c'est-à-dire dans la production des connaissances. Il faut tenir compte du travail subjectif dans le procès de production de la connaissance. Le travail naît de la souffrance que nous inflige le monde en résistant à la maîtrise et à la mise en œuvre de la technique. C'est un passage obligé pour connaître le monde et les épreuves par lequel il se présente à nous : « ce par quoi la vie s'éprouve en soi, se révèle en soi. Ce qui est en cause dans le travail, c'est donc la vie proprement dite » (C. Dejours, op cit, 2009). Ce travail de la subjectivité sur elle-même est le maillon indispensable pour comprendre l'acquisition de nouvelles habiletés et des « savoirs par corps » fondamentaux en psychopathologie. Avant toute connaissance, il y a le travail. Ce n'est pas seulement une séquence temporelle. Le travail est le passage obligé pour mettre en œuvre la réfutation de la connaissance. La mise en échec de la connaissance par le travail passe par une subjectivité qui éprouve cet échec comme une expérience affective. Ce n'est que quand quelque chose est identifié par cette expérience affective qu'il pourra être soumis à l'expérience. **La subjectivité est donc première dans le processus, c'est la condition sine qua non de la connaissance du réel.**

Sur la base de cette définition du soin comme un « corps à corps », si on ne va pas jusqu'à la remise en discussion de la quiddité de la psychose, forme paradigmatique de « l'expérience de la vie qui s'absente à elle-même » (C. Dejours, 2003 a.), on loupe le chaînon épistémologique central de la thèse : d'où viennent la pensée et la connaissance ? C'est-à-dire qu'est ce qui constitue un critère de vérité dans le domaine de la psychopathologie et plus largement dans les sciences humaines ?

Analyser la centralité épistémologique du travail vivant en psychopathologie qui ne s'éclaire qu'à l'aune de la rencontre du corps du soignant et du corps du malade nous impose donc de revenir sur les liens entretenus entre psychose et soins maternels.

J'entends donc revenir à la clinique et à la théorie des psychoses dissociatives non pas à partir d'une théorie des maladies mentales et d'une psychopathologie générale (comme peuvent l'être la psychanalyse, la phénoménologie ou l'organodynamisme) mais à partir du

« travailler » et du « travail vivant ». Si on part de l'analyse pratique du soin (A.F.T.) avec les psychotiques et jusqu'à leur caractérisation clinique, on en arrive à une conception renouvelée de la psychose dissociative.

En premier chapitre, il conviendra donc de reprendre la construction amenant la famille à être considérée un dispositif soignant.

En second chapitre, il nous faudra rendre compte de la méthodologie de la recherche, de l'étude et de l'écriture.

En troisième chapitre, nous ferons l'analyse clinique du travail des familles d'accueil thérapeutiques en psychiatrie adulte ce qui nous permettra en quatrième chapitre de revisiter le concept de maternel en psychanalyse et d'engager une discussion avec les théories du Care. Nous proposerons une redéfinition du maternel à partir de la centralité du travail.

En dernier chapitre, nous verrons comment l'analyse de la matérialité de ce travail de soin en psychiatrie permet d'enrichir non seulement la praxis psychiatrique mais aussi de renouveler la psychopathologie des psychoses dissociatives.

Chapitre I - Hospitalité et psychose : de la famille à l'hôpital, entre la famille et l'hôpital.

« La santé est à l'évidence un de ces biens
qui requiert coopération et confiance »

A. Jaunait

I) Quelques remarques préliminaires sur le concept de famille

Le placement familial a ceci de particulier qu'il met en contact un individu malade et une famille, estimée quant à elle « saine » face à une équipe soignante. Encore faut-il définir ce qu'on entend par là.

Alors que chez les romains, la famille représentait l'ensemble des esclaves obéissant à un même maître, jusqu'à récemment elle s'entendait davantage comme la réunion des individus liés entre eux par une même souche biologique et dans un sens plus restreint encore, elle désignait la « société naturelle » formée du père, de la mère et des enfants. Comme l'avait déjà postulé Freud en 1905, l'unité de base c'est le bébé, sa mère et son père. La famille est traditionnellement représentée comme le lieu privilégié du développement, de la construction de la « personnalité » individuelle et comme la base de la structure sociale. La famille est en crise, ce qui constitue une question politique à part entière¹³. Les débats actuels (concernant les théories du genre et les liens avec l'éducation des enfants, le mariage pour tous, la gestation pour autrui, l'homoparentalité etc.) nous montrent que loin d'être un invariant, la famille se transforme.

Parmi ces transformations, la question des « nouvelles familles » est cruciale. Irène Théry (1998) décrit les « familles recomposées ». Elle nous suggère d'entériner des formes de « coparentalités ». En pratique néanmoins, la transformation des rôles dans la famille est une réalité complexe et mouvante qui ne se résume pas à un déclin de l'autorité paternelle. A noter que « l'autorité paternelle » n'a été remplacée par « l'autorité parentale » qu'en 1970 et que le modèle patriarcal reste encore prégnant en France alors même que jusqu'à récemment, la

¹³ Nous entendons la notion de crise comme un bouleversement des certitudes et l'avènement de questionnements nouveaux nécessitant donc une attention et un travail réflexif importants.

garde et l'éducation des enfants restaient confiés électivement aux mères. La répartition de la garde des enfants et de l'autorité font l'objet depuis quelques temps de luttes et de débats au sein de notre société dans lesquels les scientifiques prennent position, y compris de manière militante et politique. La famille a changé dans sa forme (parents et grands-parents vivent de moins en moins sous le même toit, familles monoparentales etc.) mais également dans son mode de fonctionnement et d'organisation interne. Les femmes travaillent à l'extérieur du foyer familial entraînant une redistribution *partielle* des rôles et places de chacun ; partielle car comme plusieurs travaux le montrent, la charge du travail domestique leur est restée dévolue (H. Hirata, 2002 ; C. Dejours, 2002 ; P. Molinier, 2003 ; D. Kergoat, 2005).

Les luttes féministes ont contribué à remodeler la politique familiale. Les écrits de Simone de Beauvoir¹⁴ ont marqué de leur empreinte la philosophie de la famille. Tout comme F. Engels (1884), elle note la nécessité pour la femme d'une indépendance économique se référant à un droit au travail égal, un salaire égal¹⁵. L'égalité en matière de droit du travail reste encore aujourd'hui l'objet de revendications et de luttes politiques. Aux dernières élections présidentielles en France, cette égalité faisait toujours partie des propositions des deux candidats principaux.

Le « placement familial » ou l' « accueil familial » va se trouver confronté à cette dimension émancipatrice du travail au féminin d'une manière quelque peu ambiguë ou paradoxale, par l'originalité qui le caractérise : il s'agit bien d'un travail rémunéré (par l'État ou éventuellement une association mais dans le cas qui nous intéresse, elles appartiennent à la fonction publique hospitalière) mais au sein du foyer, dans une complémentarité/continuité avec le travail non rémunéré, éducatif et domestique. Quitte parfois à générer une relative subversion des rôles classiques et genres tenus au sein de l'espace privé. Dans le travail d'accueil familial thérapeutique en psychiatrie adulte, l'autorité et la responsabilité vis-à-vis du bénéficiaire ne sont pas supportées par l'homme du foyer mais avant tout par la personne recrutée (essentiellement des femmes) par l'équipe hospitalière (même si pour pouvoir au quotidien travailler, cette personne recrutée doit s'appuyer sur la coopération de la famille et en premier lieu, de son conjoint. Voir chapitre III).

¹⁴ Je fais référence en particulier à *Pour une morale de l'ambiguïté*, le *Deuxième sexe* ou encore les *Mémoires d'une jeune fille rangée*.

¹⁵ La loi Ambroise Croizat stipulant cette égalité date de 1947.

Si la forme, la composition et l'organisation des familles ont changé et continuent d'évoluer, il en est de même des rapports qu'elle peut entretenir avec le reste du monde social, notamment médical.

II) D'une histoire des rapports entre maladie, psychiatrie et famille.

Bien des choses ont évolué dans les relations entre « famille » et « psychiatrie » jusqu'à aujourd'hui où ces dernières jouent un rôle important dans la mise en place des soins (et leur évaluation !) mais aussi dans la défense des droits et statuts politiques des malades. Ces relations entre famille et psychiatrie ont une histoire conflictuelle, dynamique et sans doute peu interrogée par les acteurs du soin psychiatrique eux-mêmes. Si désormais, on ne cesse de lire et d'entendre le souhait d'établir un « partenariat » avec les familles et les bénéficiaires considérés « au centre » du système, il faut préciser d'une part que cela n'a pas toujours été le cas et d'autre part interroger ce qui peut bien souvent prendre l'allure d'un « effet vitrine ».

Les psychiatres se sont très tôt intéressés à la famille des malades qu'ils avaient en traitement mais de manières différentes en leur faisant, à chaque époque, une place différente.

1. De l'hospice comme réponse à la rupture des liens familiaux à l'asile et la rupture familiale thérapeutique.

Avant la naissance de l'institution psychiatrique, les familles disposaient de toute la latitude possible, de toute liberté à l'égard du malade et pouvaient demander au roi un ordre pour solliciter son internement en « hospital » ou hospice (« le placet »). C'était donc avant tout une demande sociale et qui n'était pas motivée par des arguments médicaux.

Comme le souligne Jean-Luc Flandrin (1974) :

« A y regarder de plus près la distinction du privé et du public, fondamentales dans nos sociétés libérales, est peu pertinente pour l'analyse des sociétés monarchiques. L'institution familiale y avait des caractères d'institution publique et les relations de parenté servaient de modèle aux relations sociales et politiques. »

Le questionnement concernant le rôle tenu par la famille dans ce que l'on ne tardera alors plus à appeler « l'aliénation mentale » apparaît très tôt. Ainsi quand Philippe Pinel entreprend le

« traitement moral » de ces « fous » désormais pouvant être compris et soignés, il se plaint du manque de renseignements à sa disposition concernant la situation familiale des patientes qu'il doit soigner à partir de 1802 à la Salpêtrière. Il cherche à rencontrer les familles lorsqu'elles existent pour connaître les circonstances d'apparition des troubles et surtout pour savoir si elles sont prêtes à recevoir les aliénées convalescentes à leur sortie de l'hospice. Il se faisait un souci particulier pour celles qui, seules, sans ressources et sans logement n'avaient d'autre solution que le maintien à l'hospice à vie en tant que travailleuses (pour celles qui en étaient capables). P. Pinel transmis son inquiétude à ses élèves, dont D. Esquirol qui en 1821 se rendit à Geel et en fit un bilan assez mitigé.... Même si un certain nombre d'aliénés « guérissent » et que malgré toute la liberté qui leur est laissée, il n'y a pas à noter d'accidents majeurs - les hommes participant aux travaux agricoles et les femmes aux travaux domestiques – en 1838, il en conclut qu'il faut limiter ce type de placement aux aliénés « propres et paisibles » et construire un *asile* pour les autres. Il n'était alors aucunement question de substituer le placement familial à l'hospitalisation

D. Esquirol, à cette époque est en pleine campagne pour obtenir des fonds en vue de la création des « asiles » comme il les appelle. Il faut dire qu'à l'époque, le terme d'hôpital traîne derrière lui une lourde réputation. Le vote de la loi du 30 juin 1838 (sous la Monarchie de Juillet) permet la création des asiles même si le maintien des aliénés dans les familles, moins onéreux, avait pourtant des défenseurs.

La loi de 1838 fut donc une des premières lois sociales mettant à charge de la collectivité les dépenses entraînées par le traitement des malades sans famille ou insolubles. L'asile est en premier lieu une solution sociale.

Dans les années 1860 et déjà dans un contexte de manque de lits, de nombreuses discussions eurent lieu pour savoir s'il n'y avait pas de solutions plus économiques que l'asile. S'affrontaient les partisans de l'asile et ceux en faveur d'une libéralisation du traitement des aliénés. Dans certains départements, des accords ont été signés pour créer des « fermes-asiles » comme à Clermont-de-l'Oise qui devint un établissement gigantesque et au rayonnement européen. C'est à partir du milieu du XIX^{ème} siècle, dans les départements de la Seine, dont la population augmente sans cesse, que furent tentées les premières expériences de placement familial de malades en milieu rural, en vue de réduire l'encombrement des hôpitaux. Aucune ambition thérapeutique, juste des impératifs économiques et logistiques

même si on évoque les bienfaits « du grand air » pour ces « incurables ». Un premier convoi de malades arrive à Dun-sur-Auron dans le Cher en 1891.

En 1890, une enquête fut effectuée auprès de nombreuses communes françaises en vue de l'implantation de colonies familiales. Dun-sur-Auron, située au centre d'une région de vignobles dévastés par le phylloxéra (et donc sans ressources ni industrielles ni agricoles), accepta ce secours économique inattendu. Le coût pour le gouvernement était minime, les habitants acceptant avec joie et « sans rétribution » (déjà souligné par Moreau de Tours dans les annales médico-psychologiques de 1845 à propos des colonies en général.) ces fonctions. La région d'accueil trouvait donc dans l'implantation des colonies un avantage économique sans parler du fait qu'elle apportait une solution au dépeuplement des campagnes... Les raisons humanitaires visant à la libéralisation des malades furent reprises pour de toutes autres raisons que les raisons initiales...

Dans le Berry, existaient par ailleurs de nombreux lieux placés sous patronage de saints et propices au traitement de la folie. L'essentiel des traitements reposait sur des exercices religieux, des pratiques d'exorcisme et la mise au travail, au champ ou à la maison. Suit ensuite et non loin de là, la colonie d'Ainay-le-Château en 1898. Déjà à l'époque, la question du financement et de la rétribution des familles d'accueil pose problème car ces malades étaient considérés comme sortis de l'asile au sens de la loi de 1838. Comment envisager que l'hôpital rémunère ces accueillants pour des personnes qui n'étaient plus, d'un point de vue administratif, leurs patients ?...

Les colonies restèrent longtemps une entreprise très controversée même si les soins aux malades se sont améliorés grâce notamment à la mise en place de la psychiatrie de secteur.

« La solution de placement familial pour les malades mentaux est une solution au rabais qui va notamment à l'encontre de la politique de secteur (...) sur le plan psychiatrique (...) sur le plan médical (...), sur le plan matériel (...), sur le plan relationnel. » (J.-M. Gentizon, 1976, p. 974)

S'adressant à des malades chroniques et/ou en situation de rupture familiale, elles ne répondaient que médiocrement voir aucunement aux demandes d'insertion familiale, professionnelle ou sociale initiales, voir reproduisaient les phénomènes d'exclusion sociale que l'analyse des phénomènes asilaires avaient mis au jour. Point de vue largement partagé au sein de la communauté scientifique depuis les années 70-80, notamment par Denise Jodelet dont l'important travail pour l'EHESS en 1985 porte sur les représentations de la folie (1989) s'appuyait sur des observations et des entretiens avec les habitants de la colonie d'Ainay-le-Château. Nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre.

Un pas supplémentaire fut franchi par un élève de D. Esquirol, Jean-Pierre Falret qui fonda en 1843 une « société de patronage » et un asile pour « convalescents » c'est-à-dire des structures intermédiaires entre la société et l'hôpital (B. Odier, 1982). Bien que la France de cette époque reste un pays en grande partie rural, J.-P. Falret n'envisage pas le placement de ces convalescents à l'écart de Paris, dans des milieux agricoles et fonde le premier « foyer », rue du Théâtre, siège actuel de l'œuvre Falret.

Au début du XIXème siècle, la famille est le lieu de transmission du patrimoine biologique. Le modèle de la dégénérescence de B. A. Morel (1857) domine dans les descriptions nosologiques. La démence précoce d'E. Kraepelin n'est devenue schizophrénie sous la plume d'E. Bleuler qu'en 1911. La famille et surtout la transmission familiale sont à l'origine de la maladie mentale et ce, avant toute théorie sur l'hérédité ou les recherches sur la transmission génétique. Il y a l'idée d'une défectuosité des gènes, héritée des générations d'avant et en cause dans l'origine de la maladie mentale.

A partir du moment où se constitue l'asile, l'intérêt se recentre sur le malade et le malade seul. L'internement devient thérapeutique. P. Pinel convenait ainsi avec tristesse de la « nécessité absolue de confier les aliénés à des mains étrangères et de les isoler de leurs parents ». **Le traitement thérapeutique, le soin du « fou » devenu « aliéné » ne peut se faire que par une séparation d'avec la famille.** Cette deuxième moitié du XIXème siècle fut en même temps une période extrêmement féconde pour la psychiatrie à naître en matière de compréhension et de description des phénomènes pathologiques. L'asile fut le lieu et le moyen des premières grandes conceptualisations et descriptions nosographiques en psychiatrie.

Même si le soin devait se construire dans la rupture avec la famille, les aliénistes n'ont cessé de s'intéresser à l'influence de l'entourage du patient c'est-à-dire aux interactions. L'asile comme espace social unique, dévolu aux « fous » et l'isolement comme centre de la thérapeutique y était en fait déjà remis en question, au moins en germes. On s'interrogeait sur les possibilités des malades à être soignés par la communauté et à domicile. On discutait les nouvelles techniques de traitement mis en place en Angleterre notamment (le « no restraint »). En 1877, J.-P. Falret et E.-C. Lasègue publient un travail faisant référence au rôle de l'interaction entre les personnes vivant ensemble dans la genèse des troubles psychiatriques. Dans la notion de « folie communiquée » on faisait la différence entre l'émetteur et le récepteur du délire (« inducteur » et « induit » de Lasègue et Falret). Seul l'émetteur devait

être considéré comme malade mental et le récepteur était considéré comme purement passif. Mais les échecs thérapeutiques fréquents ont laissé penser que ce dernier n'était pas aussi passif que cela... amenant les psychiatres à s'interroger sur les mécanismes générateurs des délires collectifs.

Nombreux furent au XIX^{ème} siècle les médecins (puis les psychanalystes) qui s'intéressèrent à l'influence de la famille dans l'éclosion de la maladie mentale. **Et la psychanalyse n'a pas sortie la famille de sa mise en cause dans l'étiologie de la maladie mentale, au contraire. Aux côtés des vulnérabilités ou tares biologiques héréditaires transmises, S. Freud adjoint l'étiologie sexuelle (c'est-à-dire psychique) des troubles et maladies.**

S. Freud est le premier à avoir pris en compte le contexte affectif familial et à s'être appuyé sur la famille dans l'analyse et dans le soin à apporter aux malades, même s'il n'a ensuite pas poursuivi cette voie. Dans le cas du petit Hans (S. Freud, 1908 a.), seul cas où les parents « réels » (et non leur représentants fantasmatiques) sont présents, il montre l'influence du milieu familial sur l'enfant. Ce fut d'ailleurs le seul cas chez S. Freud où la famille fut impliquée dans le soin au patient (S. Freud n'avait pas lui-même analysé le petit Hans, mais il « supervisait » dans cette entreprise le père de l'enfant, Max Graf). Cet axe fut repris bien des années plus tard par d'autres psychanalystes. Je pense à l'approche de D.W. Winnicott mais aussi à celle de G. Pankow par exemple.

S. Freud s'est surtout intéressé aux relations familiales, la priorité étant accordée aux événements survenant dans la vie d'un sujet et aux personnes participant à cette histoire, le Complexe d'Œdipe mettant en scène une famille tripartite (une mère, un père, un enfant). Il ne va pas chercher à construire une théorie de la famille en tant que telle, ne considérant que ce qui se passe entre ses membres sur un plan affectif. Comme le rappelle Odile Bourguignon (1976), en 1930 il avertissait même W. Reich du « guêpier » dans lequel ce dernier s'apprêtait à tomber en voulant s'attaquer à un tel sujet. S'intéresser à la famille l'aurait confronté aux questions de répartition et de division sexuelle du travail domestique et pas seulement aux liens affectifs et à la sexualité infantile. Sans doute cela aurait-il tiré ses conclusions vers la théorie sociale, comme ce fut le cas pour W. Reich (1932 et 1936). Soucieux de construire sa discipline et son édifice théorique, il lui fallait sans doute s'en tenir au cœur de cette dernière, la place centrale dévolue à la sexualité infantile dans la construction subjective.

La famille se pense alors à partir de la centralité des relations affectives (non à partir de celle du travail). Ce fut là un des apports majeurs de la psychanalyse. Pour S. Freud, la famille exerce un autre type d'influence concernant les désordres psychiatriques que celui de la transmission d'un patrimoine biologique. L'origine des troubles ne se trouve plus dans la « transmission biologique » mais dans des conflits affectifs, ce qu'il définit comme le sexuel infantile. Ces conflits auraient *pour contexte* les relations familiales.

La famille devient alors une unité sociale et sexuelle, dynamique pouvant être la source des traumatismes en cause dans l'origine des maladies psychiques. Les *Études sur l'hystérie* de 1895 posent déjà cette nouvelle place des membres de la famille dans l'économie des symptômes psychiques. A partir de là, S. Freud ouvre la possibilité de voir les symptômes comme des formations tirant leur origine non pas de l'économie individuelle mais à l'aune de l'économie relationnelle dans laquelle est pris le sujet. Il reste toutefois très prudent sur l'application de ses théories sur les « troubles sévères de la pensée » c'est-à-dire la psychose. Ce sont ses successeurs qui feront le lien entre l'origine de la psychose et la famille (et en premier lieu la mère). J. Lacan, dans son article de 1938 portant sur les complexes familiaux montre l'importance des facteurs familiaux dans le déclenchement des psychoses. Citons sans détailler M. Klein, B. Bettelheim, D. W. Winnicott. Avant eux, F. Fromm-Reichmann (1939) associait la schizophrénie aux comportements froids et dominateurs de la mère. D. M. Lévy (1943) la liait quant à lui aux comportements surprotecteurs de cette dernière. Les frustrations affectives qu'elle aurait subies pendant l'enfance l'amèneraient à protéger son propre enfant à l'excès. C'est le point de départ des travaux sur la mère « schizophrénogène » (F. Fromm-Reichmann, 1948) dominatrice, agressive, fusionnelle, destructrice ou rejetante. Le père n'est alors dépeint comme responsable que par sa passivité, son indifférence ou encore par l'inadaptation de ses postures vis-à-vis de la mère et de l'enfant¹⁶. Ces études devaient être par la suite critiquées mais elles ont marqué les esprits et les représentations des soignants rendant difficiles les relations avec les familles de patients pendant longtemps¹⁷.

¹⁶ Ces caricatures ont progressivement infiltré les mentalités et les esprits, se faisant une place de choix parmi les a priori (y compris des soignants en psychiatrie eux-mêmes) et fondant les discours très culpabilisants à l'égard des familles et surtout des mères, étayés par les discours scientifiques mais aussi artistiques. Sur ce point, par exemple, le film *Family Life* de Ken Loach.

¹⁷ Ce point, non soldé, a resurgi dans les dernières polémiques concernant les soins aux enfants autistes. Cela doit être mis en lien avec les attaques de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle qui ont

En l'absence de données sur le plan neuro-pharmacologique ou sur l'hérédité, les théories psychanalytiques vont se multiplier mais toujours en mettant en avant le rôle central des parents et surtout de la mère dans l'origine de la maladie ; son déclenchement restant lié au modèle du traumatisme.

2. Un tournant, la guerre.

Si la seconde guerre est souvent citée comme un des tournants participant à l'avènement de la psychiatrie contemporaine, on ne peut pas considérer l'impact que cette dernière a eu sur la psychiatrie sans faire la place également à la première guerre mondiale.

Plusieurs soignants et notamment les neuropsychiatres mobilisés lors du premier conflit mondial, font l'expérience des combats, de la persécution, de l'exil, de la détention ou encore du deuil.

Cela a sans nul doute contribué à diriger nombres de recherches en sciences humaines sur la question de l'existence humaine, de la guerre et des relations à autrui. La guerre impacte non seulement les être humains, mais aussi les théories scientifiques. Sans doute que les notions de « personnalités en as if » d'H. Deutsch, celle de traumatisme élaborée par S. Ferenczi, la seconde théorie des pulsions ou même les textes freudiens sur la question de la culture doivent être référés aux contextes sociaux dans lesquels ils ont pu émerger. L'expérience de la guerre (les deux conflits mondiaux), du combat et de leurs conséquences, l'Occupation et la Collaboration ont eu des incidences majeures sur les sciences humaines et les pratiques de soin.

Dans un contexte de délitement social et de guerre, les préoccupations des psychiatres se sont dirigées certes vers la question de l'origine et des qualités du lien à autrui mais aussi vers la compréhension du traumatisme et des conditions intersubjectives de la vie psychique. On peut considérer que la psychanalyse s'est construite sur l'importance à accorder aux premières expériences relationnelles de l'enfant pour comprendre la psychopathologie dans son ensemble.

aujourd'hui d'importantes conséquences en matière d'organisation du travail hospitalier en psychiatrie, d'offre de soin, mais aussi sur la formation des futurs soignants, médecins, psychologues.

« L'excitation ne peut se trouver supprimée que par une intervention capable d'arrêter momentanément la libération des quantités à l'intérieur du corps. Cette sorte d'intervention exige que se produise une certaine modification à l'extérieur (par exemple apport de nourriture, proximité de l'objet sexuel), une modification qui, en tant qu' « action spécifique » ne peut s'effectuer que par des moyens déterminés. L'organisme humain, à ses stades précoces, est incapable de provoquer cette action spécifique qui ne peut être réalisée qu'avec une aide extérieure et au moment où l'attention d'une personne bien au courant se porte sur l'état de l'enfant. Ce dernier l'a alertée, du fait d'une décharge se produisant sur la voie des changements internes (par les cris de l'enfant, par exemple). La voie de décharge acquiert ainsi une fonction secondaire d'une extrême importance : celle de la *compréhension mutuelle*. L'impuissance originelle de l'être humain devient ainsi *la source première de tous les motifs moraux*. Quand la personne secourable a exécuté pour l'être impuissant l'action spécifique nécessaire, celui-ci se trouve alors en mesure, grâce à ses possibilités réflexes, de réaliser immédiatement, à l'intérieur de son corps, ce qu'exige la suppression de stimulus endogène. » (S. Freud, 1895, pp336-337)

La psychanalyse s'est bâtie sur la centralité de la relation à l'autre dans la vie humaine que la guerre est venue éclairer sous un jour différent.

Dès 1895, dans ce court passage de l'*Esquisse*, Freud dit déjà beaucoup de chose sur la structure des liens humains. On note au passage l'inspiration très pragmatique de cette théorie de l'intersubjectivité, de la connaissance et du savoir en matière de soin. Il précise la valence communicationnelle des relations primordiales, mais une valence communicationnelle asymétrique qui est du côté de l'adulte, non en premier lieu du côté de l'enfant. C'est la baisse de la tension interne à l'enfant par l' « action spécifique » du « Nebenmensch » qui le fait entrer dans la communication intersubjective humaine. C'est également l'action de cette « personne secourable »¹⁸ qui est fondamentale dans le passage du principe de plaisir au principe de réalité, centrale dans l'organisation non psychotique de la personnalité. C'est également elle, par une action nécessaire mais surtout *effectuée de manière juste et adaptée (au moment et à la situation)*, qui permet à l'enfant d'éprouver dans son corps ce qu'il faudrait faire pour éviter le déplaisir. **Si on s'en tient à cette citation, on en conclut également que c'est d'abord par le corps que le sens de ce qui serait bon ou moral s'éprouverait et que secondairement, il serait traduit en pensée.**

Le sens moral et le souci de l'autre procèderaient donc d'une expérience corporelle.

¹⁸ Dont il n'est d'ailleurs ni précisé qu'il s'agit de la mère, ni d'une femme dans le texte!

Dans cette perspective et dans un contexte de guerre mondiale (c'est-à-dire de bouleversements majeurs des cadres de la relation à autrui), de nombreuses études portant sur les conséquences de la carence en soins primordiaux ont été entreprises.

Helen Deutsch a ainsi fait porter plusieurs de ses travaux sur les troubles psychiatriques des femmes pendant la première guerre mondiale, sur les conséquences de la guerre sur les femmes. Ce point confère à ses travaux une place tout à fait singulière dans le paysage psychanalytique de l'époque car l'essentiel portait sur le traumatisme en général ou encore sur les conséquences de la guerre sur le développement des enfants. **Quand le souci se porte sur le destin de la carence des soins maternels sur le développement psychique de l'enfant, l'analyse de cette carence est peu développée, souvent renvoyée à la psychopathologie individuelle.** Psychanalyste et militante politique luttant pour la reconnaissance des droits des femmes et de leur émancipation, Helen Deutsch (1884-1982) fut une grande théoricienne de la sexualité féminine. Elle appartient à la génération des pionniers de la psychanalyse et a été la première psychiatre analysée par Freud. Issue d'une famille juive polonaise, fille d'un avocat défenseur des plus démunis, Helen Deutsch était en perpétuelle opposition avec sa mère qui refusait qu'elle entreprît des études supérieures. Cependant, elle s'inscrivit à la faculté de médecine et épousa un médecin, Felix Deutsch, qui devint plus tard psychanalyste et médecin personnel de S. Freud. Elle abandonna sa spécialisation en psychiatrie lorsqu'elle rencontra S. Freud en 1918 et devint membre de la Société Psychologique du Mercredi. Elle se lia d'amitié avec Anna Freud. En 1924, elle fonda à Vienne un Institut de psychanalyse sur le modèle de celui que S. Freud avait créé à Berlin, où elle enseigna et démontra son intérêt envers la psychologie féminine tout en restant fidèle aux conceptions freudiennes. Face à la montée du nazisme, elle émigra aux États-Unis en 1935 où elle devint professeur d'université à Boston et exerça la psychiatrie à l'hôpital du Massachusetts pendant plus de trente ans. Elle fit en outre de nombreuses communications sur des questions spécifiquement féminines comme la ménopause, la frigidité, la maternité qui furent regroupées dans son ouvrage en deux tomes *La psychologie des femmes*, publié en 1944 et 1945 aux États-Unis. Simone de Beauvoir y fait référence à plusieurs reprises dans le *Deuxième sexe*. Elle a contribué de manière significative à l'étude de la personnalité en élaborant le concept de « comme si » (« as if ») repris plus tard par D. W. Winnicott dans l'élaboration qu'il propose du « faux-self ».

Helen Deutsch parle de trois révolutions majeure dans sa vie : son affranchissement des liens maternels et sa recherche d'émancipation puis son adhésion aux idées socialistes et enfin sa

rencontre avec la psychanalyse. Lors de la première guerre mondiale, elle est employée comme médecin militaire ce qu'elle dit avoir été difficile à supporter :

« Mon travail en tant que médecin de guerre éveillait en moi de profonds sentiments de culpabilité : j'étais impliquée dans ce conflit bien que mon idéologie y fut totalement opposée. Parfois, j'avais l'impression d'être une criminelle de guerre » (H. Deutsch, 1973 citée par G. Tréhel, 2007).

S. Freud avait noté la difficulté des médecins d'être au service de desseins qui leur sont étrangers en 1920 (S. Freud, 1920 a.) mais sans pour autant s'intéresser à la matérialité de ce travail ; il se contente de souligner la contradiction idéologique dans laquelle sont prise ces médecins mais sans s'attarder sur sa description. La considération du travail de guerre ne reste en fait que secondaire¹⁹. Les écrits d'Helen Deutsch nous donnent au contraire des éléments à ce sujet. Le manque de main-d'œuvre masculine lui a ouvert la possibilité d'avoir un poste. Elle officiait dans le secteur psychiatrique où elle s'occupait du pavillon des femmes. Elle va œuvrer aussi dans le service de neurologie. Le personnel qui s'occupe des civils s'occupe aussi, du moins ponctuellement et pour des tâches spécifiques, des militaires. Helen Deutsch participait aux soins donnés aux soldats victimes du choléra qui souffraient de très fortes fièvres. Elle est très engagée dans un travail éprouvant et décrit la surcharge de travail en raison de la mobilisation de nombreux membres du personnel, le déficit de connaissances en psychiatrie des généralistes remplaçant ceux qui ont été mobilisés, la dégradation de la qualité des soins et de l'hygiène des malades, la nécessité de porter vite des diagnostics sur des amplitudes de travail dépassant parfois douze heures alors que ces diagnostics avaient une portée lourde sur le sort des malades... A cette époque, les psychiatres étaient mis à contribution et devaient évaluer si les soldats venus du front en observation psychiatrique n'étaient pas des « tirs-au-flanc ». Pour cela, ils pouvaient être fusillés.

H. Deutsch s'intéresse plus particulièrement à des femmes qui doivent composer dans leur quotidien avec l'absence de leurs proches (maris, enfants...) tout en voyant beaucoup de soldats. A cette époque, elle fait porter ses travaux sur les troubles de guerre chez les femmes, mère, épouses ou enfants de soldat : Ses travaux sur « la folie induite », le mensonge, la psychologie de la méfiance ou encore le mécanisme de régression dans la schizophrénie (confirmant les vues de V. Tausk qu'elle avait en analyse) en sont issus.

¹⁹ Sur ces questions, beaucoup trop longues à développer, il nous faut nous référer aux travaux de C. Demaegdts concernant la question du traumatisme, et à propos des névroses de guerre.

En 1921, dans la conférence « Sur le mensonge pathologique », H. Deutsch dit quelques mots sur le cas particulièrement frappant de la célèbre « légionnaire » polonaise. Cas qu'elle reprendra de manière plus approfondie dans la *Psychologie des femmes*. Il s'agissait d'une jeune fille qui se faisait passer pour un homme et avait pu ainsi s'engager dans l'armée pendant la Première guerre mondiale. Le cas de cette femme se faisant passer pour un homme afin de faire la guerre, même s'il est unique dans l'œuvre d'H. Deutsch ouvre des questions importantes mais, il me semble, non poursuivies. De manière classique (C. Barrois, 1993), on pense le travail de soldat être l'apanage de l'homme et ce qui en est dit est en lien avec les prescriptions sociales de la virilité. Quelles sont les spécificités du travail du soldat au féminin ? Qu'en serait-il si on devait analyser ce cas aujourd'hui au regard des prescriptions sociales liées à la féminité et à la maternité ? Toutes ces pistes ne sont pas approfondies car l'intérêt d'H. Deutsch se porte moins vers la théorie sociale et la question du travail que vers la psychopathologie du mensonge normal et pathologique.

« Dans les cas de pseudologie importante, tenace déterminante pour toute la vie, il s'agira déjà d'une tentative ratée de libération : c'est la névrose qui est stabilisée sous cette forme. La figure du « chevalier d'industrie »²⁰, qui n'a encore jamais été analysée, appartient vraisemblablement à ce registre ». (H. Deutsch H., 1921 citée par G. Tréhel, 2007, op. cit.).

Bien des années après, H. Deutsch reviendra sur cette figure du « chevalier d'industrie ». Karl Abraham la reprit sans faire mention des études d'H. Deutsch. Comme pour le cas de la jeune légionnaire, l'étude du « chevalier d'industrie » manque la question du travail.

C'est également à partir de sa vie personnelle qu'H. Deutsch trouve matière à théoriser au sujet des troubles psychiques survenus chez les femmes du fait de la guerre.

« À la fin de la Première guerre mondiale, Malvina, une des sœurs d'Helen – qui avait été pour elle une mère de substitution –, eut le malheur de perdre tragiquement Ludwig, son fils aîné. Au début de la guerre, alors qu'il avait 18 ans, il avait été appelé sous les drapeaux. Il s'était battu sur le front jusqu'à la fin du conflit, dont il s'était tiré sain et sauf. C'est sur le chemin du retour qu'un accident était survenu à Przemysl qui se trouvait au centre d'un conflit entre Polonais et Ukrainiens. La rivière partageait la ville en deux camps, les Polonais à l'Ouest, les Ukrainiens à l'Est, division qui s'était instaurée sans être officielle. Les soldats ukrainiens et les soldats polonais luttèrent contre les ennemis de l'Autriche²¹ mais leurs conflits internes se poursuivaient à

²⁰ C'est-à-dire un homme vivant de ses escroqueries.

²¹ Sic ! La Russie était alors dans la coalition et était donc ennemie de l'Autriche-Hongrie !!...

l'intérieur du conflit général. Sur le pont qu'il traversait, Ludwig fut blessé par un soldat ukrainien. La scène se déroula devant sa famille qui s'était réunie sur le balcon pour guetter son arrivée. La blessure était légère, mais des symptômes de tétanos se développèrent et il mourut peu de temps après. Hélène nota des changements psychosomatiques chez Edward, le plus jeune fils de sa sœur, suite à la perte de son frère aîné.

Ludwig était brun, Edward était blond, Ludwig était grand, Edward était petit... Après la mort de son frère, Edward essaya de se substituer au préféré de sa mère. La nature lui vint en aide : il grandit, ses cheveux foncèrent, ses traits commencèrent à lui ressembler ainsi que ses manières. Elle en fit une conférence à la Société psychanalytique de Vienne. Freud en exprima son scepticisme en déclarant : « *Si ce n'était pas le Dr Hélène Deutsch qui nous racontait cette histoire, nous ne la croirions pas* ». Mais Hélène Deutsch avait pu montrer l'authenticité des phénomènes et convaincre Freud. L'importance du lien mère-enfant se révèle dans la perte d'un fils. L'expérience d'Hélène Deutsch couvre deux guerres, elle a pu ainsi voir des mères dont les enfants puis les petits-enfants furent appelés. La mort de Ludwig entraîna pour Malvina un état psychotique qui persista jusqu'à la fin de sa vie. » (H. Deutsch, 1973 citée par G. Tréhel, op cit., 2007)

Son œuvre a influencé les travaux de nombreux auteurs anglais notamment D.W. Winnicott²² et elle a à de nombreuses occasions effleuré la question du travail mais sans pour autant s'y atteler. Sans doute que si elle avait approfondi cette question du travail dans ses deux acceptions (*Poiesis* et *Arbeit*), le cas de Malvina qu'elle rapporta lors d'une conférence à la société psychanalytique de Vienne aurait généré moins de scepticisme... ??...

3. Les théories de l'attachement et le modèle de la relation d'objet.

Au décours des deux conflits mondiaux, une place importante et nouvelle est accordée au poids de « l'environnement », au contexte relationnel à l'origine de la socialité.

Lors du second conflit mondial, Anna Freud observe les enfants placés loin de leurs parents à la pouponnière de Hampstead pendant les bombardements de Londres, D.W. Winnicott alors coordonnateur pour l'évacuation des enfants londoniens dans le comté d'Oxford et donc aux premières lignes de la séparation mère-enfant s'interroge sur les distorsions précoces liées aux privations de soins maternels. Comme H. Deutsch, D.W. Winnicott connaît des organisations de travail difficiles et doit, lui aussi s'atteler à des tâches organisationnelles en vue de l'amélioration des soins prodigués aux enfants qu'il se doit de prendre en charge.

²² Référence majeure dans notre psychanalyse contemporaine matière de psychologie infantile à propos du soin donné aux personnes atteintes de psychose.

La guerre fut un tournant dans l'œuvre de D. W. Winnicott car elle lui a permis d'enrichir sa théorie du développement affectif (D.W. Winnicott, 1945). Il faisait remonter l'origine de la tendance anti-sociale (troubles du comportement, délinquance etc.) à une déprivation affective vécue par l'enfant durant son enfance (D. W. Winnicott, 1956). **D. W. Winnicott (1952) mettait l'accent sur l'importance de la qualité de l'environnement dans la genèse des troubles du comportement et des psychoses.**

J. Bowlby étudiait lui aussi l'histoire familiale d'enfants perturbés quand D.W. Winnicott le rencontre. Ils signent ensemble une lettre au British medical journal en 1939 dans laquelle ils insistent sur le danger de séparer les enfants de moins de cinq ans de leur mère lors des évacuations de Londres²³. D.W.Winnicott observera en première ligne ces évacuations pour être en charge des mères séparées de leurs enfants, des enfants en souffrance (tant dans sa pratique hospitalière que privée), mais aussi pour être aux contact des éducateurs et des familles d'accueil et pour avoir participé à la mise en place de foyers d'accueils destinés aux enfants dont la prise en charge s'avérait trop difficile en famille d'accueil (D. W. Winnicott, 1939-1949).

En 1946, J. Bowlby intègre la Tavistock Clinic aux côtés de W. Bion et, grâce à son expérience pendant la guerre, l'organisation mondiale de la santé le nomme responsable d'une étude sur les besoins des enfants orphelins; de cette étude portant sur l'attachement va naître un rapport qui va provoquer l'intérêt et la critique des psychiatres et des psychanalystes (1940, 1949 et 1951). R. Spitz (1945 et 1946) décrit l'hospitalisme et appelle « dépression anaclitique » l'état d'hébètement stuporeux s'installant chez l'enfant privé de soins maternels.

En 1958 paraissent – la même année donc – les articles de H. Harlow sur la question des « affectivités » et de « l'amour » et celui de J. Bowlby sur l'attachement. Ces travaux ont lancé un important débat parmi les psychologues et les psychanalystes concernant les débuts de la vie psychique mais également sur la place à accorder à l'autre et à l'environnement.

Resituons le débat autour de ce que R. Zazzo (1974) n'a pas hésité de qualifier de « fait nouveau ». Le principe de base de la théorie de l'attachement est de soutenir qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon

²³ Textes initialement parus dans *Déprivation et Délinquance*.

cohérente et continue (« *caregiver* »²⁴). Cette théorie a été formalisée par J. Bowlby après les travaux de D. W. Winnicott²⁵, K. Lorenz et H. Harlow.

Se fondant sur l'observation des comportements animaux et du nourrisson, l'attachement ainsi décrit serait l'effet d'un besoin primaire, qui pour se réaliser, s'appuierait sur des mécanismes probablement innés (agrippement, foussement etc.). H. Harlow et J. Bowlby postulent l'existence d'un « besoin d'attachement » ou d'une « pulsion primaire non-sexuelle de dépendance de l'enfant à sa mère » (R. Zazzo et coll, 1974, op.cit, p. 148). Les éthologues mettent en avant aux origines du comportement animal la réaction d'attachement et de tendresse, le « *besoin d'amour* » inversant aussi les hypothèses de S. Freud qui soutenait que c'est la pulsion sexuelle qui conduit à l'amour et non l'inverse. Pour les éthologues, l'amour est originel et c'est lui qui prépare à la sexualité. **L'amour serait dans ce cadre un besoin inscrit dans la nature animale ; la socialité appartiendrait au biologique (dans une acception élargie) au même titre que la faim, la soif etc.**

« Love is a wondrous state, deep, tender, and rewarding. Because of its intimate and personal nature it is regarded by some as an improper topic for experimental research. But, whatever our personal feelings may be, our assigned mission as psychologists is to analyze all facets of human and animal behavior into their component variables. So far as love or affection is concerned, psychologists have failed in this mission. The little we know about love does not transcend simple observation, and the little we write about it has been written better by poets and novelists. But of greater concern is the fact that psychologists tend to give progressively less attention to a motive which pervades our entire lives. Psychologists, at least psychologists who write textbooks, not only show no interest in the origin and development of love or affection, but they seem to be unaware of its very existence.

The apparent repression of love by modern psychologists stands in sharp contrast with the attitude taken by many famous and normal people. The word "love" has the highest reference frequency of any word cited in Bartlett's book of *Familiar Quotations*. It would appear that this emotion has long had a vast interest and fascination for human beings, regardless of the attitude taken by psychologists; but the quotations cited, even by famous and normal people, have a mundane redundancy. These authors and authorities have stolen love from the child and infant and made it the exclusive property of the adolescent and adult.

²⁴ Le terme anglais est celui repris dans les traductions françaises.

²⁵ La « Mère suffisamment bonne » de D. W. Winnicott était déjà une « mère-environnement » donc en un sens confondue et indifférenciée avec le père plus qu'une mère sexuée et genrée. La mère n'est pas la femme mais l'entourage humain apportant à l'enfant les soins nécessaires à sa survie. Mais ce point de vue, dont on connaît aujourd'hui le succès n'a pas fait l'unanimité à l'époque. On a longtemps reproché à D.W. Winnicott d'avoir négligé le « Père » mais cela repose sans nul doute sur une interprétation partielle de ses œuvres et du concept de « mère-environnement ».

Thoughtful men, and probably all women, have speculated on the nature of love. From the developmental point of view, the general plan is quite clear: **The initial love responses of the human being are those made by the infant to the mother or some mother surrogate. From this intimate attachment of the child to the mother, multiple learned and generalized affectional responses are formed.** [je souligne]" (H. Harlow, 1958, op. cit, p673)

Selon cette théorie, la vectorisation vers l'autre ne s'étayerait pas sur le besoin de nourriture ou sur l'oralité comme le soutenait S. Freud. Dans le même temps, cela pose une nouvelle hypothèse : toute pulsion ne serait pas sexuelle.

L'attachement ne résulterait pas de l'étayage mais d'un apprentissage. Cette notion d'attachement considérée par certains comme D. Anzieu comme un « élargissement et un enrichissement de la psychanalyse » pour d'autres comme « d'incidence sur la pratique de la psychanalyse (...) nulle » (D. Widlöcher in R. Zazzo et coll., 1974, op.cit) a pourtant lancé le débat concernant la place du sexuel dans la conception de l'humain et a entraîné une révision en profondeur de la théorie des pulsions. **La théorie de l'attachement avance l'hypothèse d'une « tendance originelle et permanente à rechercher la relation à autrui ».** **Le sexuel ne serait alors pas central dans la construction subjective et intersubjective.** C'est une divergence importante amenant J. Bowlby en 1969 à tout simplement ne plus parler ni de libido, ni d'inconscient, ni de pulsion. Le texte de 1969 abandonne les notions clés de la psychanalyse freudienne et élabore une théorie cybernétique des comportements d'attachement (J. Bowlby, 1973) plus proche sans doute des théories systémistes que de la psychanalyse. C'est tout l'édifice psychanalytique, fondé sur la centralité du sexuel pour penser le fonctionnement humain, qui se trouve contesté et discuté car cette théorie remet en question la sexualité infantile. Elle ouvre d'autres pistes de réflexions sur ce qui ne relèverait pas de la sexualité infantile et qui pourrait relever d'une organicité et/ou d'une animalité.

Depuis ces travaux, la prise en compte du destin de la séparation d'un jeune enfant et de sa mère sur le développement psychoaffectif de ce dernier est devenue une des bases de la psychiatrie infantile même si la mère n'a pas été la seule étudiée par les psychanalystes rappelons-le... La position du père exclu dans la dyade mère-enfant schizophrénogène a d'ailleurs été celle sur laquelle J. Lacan a le plus insisté (par son concept de « forclusion du nom du père »). Plusieurs auteurs ont mis en cause une carence d'autorité dans le déclenchement des troubles chez l'enfant et/ou le jeune adulte. T. Lidz, par exemple, classifiait les pères en catégories selon leur soumission plus ou moins grande à leur femme et

suivant la qualité de leur relation à l'enfant. Cette question est surtout creusée par l'école anglaise de psychanalyse s'appuyant plus sur le modèle de la relation d'objet que sur la référence au sexuel pulsionnel. **La centralité du sexuel est supplantée par une conception plus « relationnelle » de l'être humain. Mais dans le même temps, c'est aussi tout ce qui se passe du côté de l'adulte prodiguant des soins maternels qui se trouve édulcoré de sa dimension sexuelle.**

En 1952, M. Mahler décrivait le concept de « relation symbiotique indifférenciée ». Ses travaux contribuèrent à déplacer l'attention de la mise en évidence d'une série de traits isolés d'un ou de différents membres de la famille aux modes de relations pathogènes à l'intérieur des familles. On peut faire référence aux travaux de H. S. Sullivan dans une perspective socio-psychiatrique (entre 1936 et 1947, aux côtés de F. Fromm-Reichmann) qui a inspiré le courant de la psychothérapie institutionnelle. Il pensait l'origine de la maladie mentale liée à un rejet parental. **Ainsi après un primat accordé à la relation individuelle et aux vertus de l'isolement avec la naissance de la psychiatrie, on assiste à partir de la fin de la seconde guerre mondiale à un intérêt de plus en plus important concernant l'entourage du patient, conduisant parfois à un traitement séparé de la mère et/ou du père. La mère et le père ne sont plus seulement responsables des troubles ou de la maladie de leur enfant. Dans une sorte de retournement, ils sont devenus les premiers à prendre en considération dans une optique de prévention du développement des troubles mentaux et du comportement de l'enfant mais en tant qu'eux aussi « patients à traiter ». C'est tout le champ de la psychiatrie qui se transforme par cette considération nouvelle de la famille et de l'environnement social.**

La psychanalyse a fourni à la psychiatrie une doctrine du psychisme humain, de sa vie et de son développement et dans le même temps, cette dernière s'est construit un ensemble de pratique se référant à cette doctrine. En 1952, année où le premier neuroleptique fait son entrée dans les asiles²⁶, P. Paumelle publie son article sur « le no restraint » (mise en œuvre notamment en Angleterre), en prolongement de sa thèse portant sur l'agitation. Les perspectives psychopharmacologiques et les prémisses de la décentralisation des soins psychiatriques s'ouvrent en même temps. Le postulat de P. Paumelle se résumait ainsi : si on

²⁶ En 1951 est mise au point la chlorpromazine (Largactil) d'abord utilisée en chirurgie et introduite en 1952 en psychiatrie.

ne supprime pas les portes fermées et les camisoles, c'est que cela remet en cause la conception classique des rapports entre médecins et malades que les psychiatres seraient alors contraints de devoir repenser. Les années suivantes, il rencontre J.-P. Racamier, R. Diatkine et S. Lebovici. Pour eux non seulement, la première institution à faire fonctionner, c'est l'équipe soignante mais en plus, il faut développer une attention particulière pour la vie quotidienne du patient, là où elle se déroule c'est-à-dire en dehors du cadre hospitalier. Ils reprennent une idée commune à G. Daumézon, (patron de P. Paumelle):

« La tâche psychothérapique, entre autres, se développe dans l'activité réelle et concrète du malade et non point dans le monde du fantasme. » (J. Oury J., 1977, p247)

La psychiatrie communautaire de P. Paumelle rejoint donc des principes de la psychothérapie institutionnelle (importance clinique accordée à la vie quotidienne, responsabilité et gestion collective) mais déjà, elle s'en démarque car elle se veut plus une *psychiatrie dans* la cité qu'une *psychiatrie par* la communauté, non plus réduite à la communauté hospitalière. Il ne s'agit pas seulement de penser les liens au sein de la communauté hospitalière autour de la vie quotidienne mais de promouvoir la collaboration avec l'extérieur de l'hôpital (famille, voisinage etc.). Il s'agit de travailler dans la communauté sociale et avec elle.

A cette époque, la seconde guerre mondiale a laissé des traces douloureuses dans les asiles. Sous l'occupation, des psychiatres s'engagent. L. Bonnafé en créant son « groupe du Gévaudan » pose les bases de la psychothérapie institutionnelle et cherche à recréer les liens entre l'individu malade et une collectivité, par les voies de la « sympathie », de l' « amour » et de la « convivialité ». Il y sera rejoint par F. Tosquelles, J. Oury etc.

Bien avant l'organisation effective en secteur de la psychiatrie (fin des années 60), différentes initiatives militantes portées par des médecins tentent de penser le travail soignant d'une manière différente. En 1951, encore jeune interne, P. Paumelle coordonne un numéro de la revue *Esprit* et signe sous le pseudonyme de P. Langlade le premier article intitulé « Qui sommes-nous ? ». Il y dénonce la passivité de l'administration hospitalière et exprime la « mauvaise conscience » des médecins hospitaliers. La seconde guerre mondiale fait environ 40 000 morts dans les asiles²⁷, beaucoup morts de faim même si cette cause de décès figure peu sur les certificats de l'époque (I. Von Bueltingsoewen, 2009)...

²⁷ Ce chiffre est remis en cause mais faute d'avoir pu trouver les chiffres exacts, je ne pourrai que mentionner ce fait mais sans préciser davantage.

La guerre nous apprend que les morts de faim dans les asiles furent beaucoup moins nombreux dans les structures de petite taille et/ou gérant leur propre ferme que dans ceux, publics à proximité des centres urbains mais où les liens familiaux furent rompus de la même manière. D'un certain point de vue, le placement en colonie fut protecteur pour les malades mentaux. La guerre a donc poussé les médecins à penser la réforme de l'hôpital : d'un lieu de vie, il doit devenir un lieu de soin où les patients ne restent pas leur vie durant (I. Von Bueltingsoewen, 2012). **L'éloignement familial n'est plus systématiquement posé comme principe soignant.**

Après la seconde guerre mondiale, on assiste aussi à un changement de conception de la famille dans les sciences humaines et sociales, notamment grâce aux travaux sur la cybernétique et les théories des systèmes. La famille est envisagée comme un système relationnel.

Les travaux concernant la schizophrénie connaissent une nouvelle évolution grâce aux apports du concept de « communication déviante » dans le groupe familial formulé par G. Bateson et l'école de Palo Alto. Cette approche systémiste nouvelle s'intéresse particulièrement à la schizophrénie et aux troubles psychiatriques caractérisés par une rupture de la communication avec l'environnement. L'introduction de différents concepts, notamment celui de « double bind » (G. Bateson 1956) redonnera des éléments nouveaux et décalés aux psychanalystes et psychiatres tant sur le plan clinique que technique. Ils ont eu une portée majeure sur la psychanalyse et sur la psychiatrie des années 60 à 80.

La famille et les parents (mères, pères et bientôt fratrie) ne sont désormais plus les responsables de la maladie mentale de leur enfant mais sont sollicités dans le soin à apporter au malade. Pour en arriver à cela, il a fallu franchir des étapes théoriques importantes dans la conception des liens entre le malade et ses parents. L'enfant de la famille se traite dans et à partir de son environnement affectif. Les thérapies familiales se font jour : la famille est à soigner et/ou à éduquer.

L'isolement de la personne est interprété comme une tentative de protection par rapport à une famille dépeinte comme « trop rigide » pour supporter le changement. La famille se voit alors inculpée comme « agent de communication pathogène » mais non plus en raison d'un aspect pathologique de l'un des membres du couple parental. **La maladie mentale n'est plus liée à**

la « nature » maternelle ou paternelle mais aux modes de communications au sein du « système familial ». La mère ou le père ne sont plus seulement « bons » ou « mauvais » en soi mais peuvent alors être « éduqués » et « soignés ».

En ces débuts de la thérapie familiale, plusieurs étiologies sont développées. Je ne citerai que le « schisme conjugal » de T. Lidz (1957), la « pseudomutualité » de L.-C. Wynne (1958) ou encore « le divorce émotif » de M. Bowen (1960).

La transmission transgénérationnelle de la maladie mentale refait surface, non plus sur le plan strictement biologique (voir les théories de l'hérédité et de la dégénérescence) mais sur le plan relationnel (voir les travaux sur la transmission transgénérationnelle du côté de la psychanalyse ou même les travaux de M. Bowen soutenant qu'il faut trois générations en cause dans l'apparition d'un schizophrène).

La famille est désormais bien autre chose qu'une source biologique de la maladie. Les théories portant sur le rôle des interactions familiales pathogènes en tant que facteurs étiologiques ont fait leur place sur la scène psychiatrique mais le discours associant famille et agent pathogène restent encore largement influent et fréquent. La famille ne se réduit pourtant plus au strict couple parental. L'histoire de la maladie d'un sujet ne commence pas avec sa naissance mais déborde le strict couple parental, laissant émerger en filigrane une nouvelle définition de la famille en tant que réseau. Dans les années 50, en parallèle des approches axées sur les modes de communication, apparaissent de nouvelles perspectives concernant la famille conçue comme système réagissant aux troubles mentaux de l'un de ses membres plutôt qu'en tant que système-cause des désordres psychiques.

4. La désaliénisation. Les années 50-80. Restaurer les liens avec la famille.

a) La naissance de la psychiatrie de secteur et le souci « écologique ». Soigner avec l'environnement du malade et donc la famille.

A la fin des années 50, la psychiatrie en France se résumait toujours essentiellement aux hospitalisations à l'asile et à l'accueil en colonies familiales. A l'époque, l'idée d'une réorganisation de la psychiatrie à partir d'un maillage en secteurs géographiques et d'une

répartition des patients en fonction de leur secteur d'habitation (donc un critère social) ne fait pas l'unanimité. Elle n'a pu être ébauchée qu'à partir de la circulaire ministérielle de 1960 et s'est alors progressivement mise en place. Elle a pourtant marqué un changement majeur d'orientation en matière de relation entre les soignants en psychiatrie et les familles. Elle a affirmé et s'est réorganisée en fonction de la nécessité de travailler au plus près de l'environnement d'origine des malades.

C'est par l'approche « communautaire » que la « psychiatrie à la française » connaîtra, selon moi sa plus grande révolution depuis celle qui lui a permis de voir le jour.

Il ne faut pas confondre la psychiatrie communautaire initiée par P. Paumelle et le mouvement de la psychothérapie institutionnelle même si toutes deux ont nourri la psychiatrie de secteur naissante. Si l'une et l'autre reposent sur des principes et de valeurs qui convergent, le mouvement de la psychiatrie communautaire se distingue de celui de la psychothérapie institutionnelle sur deux points essentiels :

Tout d'abord, si la psychothérapie institutionnelle reste tournée vers la vie à l'intérieur de l'institution soignante, le travail de P. Paumelle se voulait quant à lui tourné vers la Cité. Il pensait le travail en psychiatrie à partir de la Cité c'est-à-dire dans la communauté sociale environnante et avec ses membres.

« Ce n'est pas seulement la psychiatrie dans la Cité, c'est d'abord une psychiatrie par la communauté, des personnes liées entre elles et par une entreprise et par une responsabilité commune »
(S. Gauthier, 2010, pp13-14).

Pour la psychothérapie institutionnelle, il s'agit de modifier l'institution, la structure de l'établissement, pour modifier les rapports soignants / soignés et non de transformer et « déplacer le lieu de la rencontre ». Comme le souligne S. Gauthier en 2010, P. Paumelle est un homme d'action qui pense son travail. Selon lui, il faut transformer l'asile et les rapports aliénés qui y règnent et puis rapidement, il pense qu'il faut le quitter car cette transformation n'est pas possible à court terme²⁸.

²⁸ Sur ce point précis, il sera rejoint par F. Basaglia, l'un des principaux promoteurs du courant anti-psychiatrique.

« Il faudra déplacer le lieu de la rencontre, c'est la condition première » (P. Paumelle, 1959).

Par ailleurs, on peut trouver dans les écrits de P. Paumelle des éléments concourant à une réflexion sur le cœur du travail médical et soignant en psychiatrie qui n'est pas développée en tant que telle dans les travaux de la psychothérapie institutionnelle.

La psychothérapie institutionnelle tente de :

« ...profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir à « soigner » les malades qui y vivent» (J. Oury, 1970).

L'institution est intégrée au traitement et cesse d'être réduite à un lieu de soin ou même d'enfermement pour devenir un lieu qui ménage un espace de vie sans nier la spécificité de la folie. Citons P. Delion à propos de l'institution :

« C'est l'instauration d'un cadre au niveau phorique, dans lequel la personne psychotique va pouvoir nous montrer comment il habite son corps et comment, de ce lieu du corps, il habite le monde... Chacun des soignants, membre de la constellation transférentielle, va être amené à faire son travail d'empathie métaphorisante pour aller vers une compréhension de la psychose ; l'exercice de la fonction alpha sera transposé à la fonction soignante incarnée par tous ceux qui sont rassemblés dans la constellation pour penser ensemble l'image du corps de ce patient-là. Quelquefois, du sens peut surgir, et l'élément bêta est transformé : le niveau d'angoisse diminue. Quelquefois au contraire, la fabrique institutionnelle ne marche pas, ce que l'on appelle pudiquement « les problèmes institutionnels » vient empêcher l'élucidation recherchée. » (P. Delion, 2007, p20).

Le malade psychotique ayant un « transfert dissocié » (J. Oury, 1985) ou « transfert multiréférentiel » (F. Tosquelles), il est nécessaire de lui proposer des possibilités multiples de transfert. Par conséquent, il faut alors la création de lieux, d'institutions variés, il faut assurer au patient la liberté de circulation, pour qu'il puisse aller d'un lieu à un autre. Dans le même esprit, les soignants ne sont pas recrutés spécifiquement dans le secteur sanitaire, certains sont artistes, agriculteurs, philosophes. La « distinctivité » (J. Oury) augmente d'autant. À la place d'un ensemble de personnel ayant la même formation, la même expérience, se trouvent des personnes ayant chacune un vécu propre. C'est autant de possibilités de points communs, de rencontres, et de transferts, pour les patients qui, dans leur

immense majorité, sont issus d'un autre milieu que la psychiatrie. L'A.F.T. développé dans certains lieux s'inspirent de ces principes (J.-C. Cébula, 1987). Les références théoriques sous-tendant ces travaux sont les écrits de D. W. Winnicott, W. R. Bion mais aussi ce qui a été développé autour des notions d'enveloppes psychiques.

Il y a par ailleurs (idée reprise d'Hermann Simon), la volonté que le patient soit partie prenante, active, de ses soins. Cela peut se traduire par un investissement dans différentes institutions organisant le lieu de soins (ateliers, clubs, prise en charge du ménage, etc.). En contrepartie l'établissement verse régulièrement une somme, évaluant le travail réalisé, à une association interne, regroupant les soignés et les soignants dans une relative indistinction. Quand il est question du travail, c'est du travail thérapeutique dont il est question c'est-à-dire d'un travail des patients comme soin et non de celui des soignants.

Dans les années soixante, la psychiatrie hospitalière publique française adopte une orientation axée sur la communauté. Cette démarche reconnaît un statut plus social à la psychiatrie tout en étant plus favorable à la famille, désormais déchargée de la responsabilité de la maladie.

La maladie mentale ne tient plus son origine seulement de la biologie ou de la famille mais doit désormais s'analyser selon l'angle de l'isolement social, des facteurs sociaux en général. C'est un renversement important dans la représentation que l'on se fait de la famille. Désormais, les soignants en psychiatrie et dans le champ du psychisme en général, s'intéressent à la famille en tant qu'elle se trouve soumise à des processus de stigmatisation et d'étiquetage liés à la maladie de l'un de ses membres. L'accent est porté sur le caractère déterminant des attitudes institutionnelles, sur les processus de stigmatisation des personnes présentant des troubles mentaux et plus tard, sur les aspects psychodynamiques des situations de « relégation sociale » (T. Trémine, 2004). Cette seconde perspective, apparaissant dans la seconde moitié du vingtième siècle, tire ses racines de deux orientations théoriques selon le sociologue Normand Carpentier (2001) : D'une part les théories de la stigmatisation et d'autre part, les théories du contrôle social qui sont des théories plus politiques et économiques que microsociologiques comme l'étaient les premières.

Les théoriciens de la stigmatisation proposent que les identités déviantes sont socialement construites et que les catégories par lesquelles on les considère comme déviantes sont définies

par le social, et donc non exclusivement par la famille (E. M. Lemert, 1951 ; T. J. Scheff, 1966).

Selon ces théories de l'étiquetage, « les troubles mentaux ne sont donc plus des maladies mais plutôt une violation des normes marquée par une incapacité à remplir ses obligations sociales » (N. Carpentier, 2001, p85).

La personne présentant cette déviance permanente serait encouragé à accepter cette étiquette de « fou ». Ce faisant elle scellerait sa « carrière » de malade mental ». La personne n'aurait alors plus d'autre choix qu'agir comme ce que les autres attendent d'elles c'est-à-dire comme « personne folle » pour conserver une place sociale. C'est une ligne reprise par D. Jodelet à propos des représentations sociales de la folie, étude qu'elle a menée à partir de l'analyse des interactions psychosociales dans la colonie d'Ainay-le-Château (D. Jodelet, 1989, op cit.). Notons déjà ici que D. Jodelet ne basait pas son étude sur la spécificité et la complexité de la famille comme groupe humain. Elle s'est moins intéressée à la famille (son organisation affective et domestique) qu'à la dynamique sociale des groupes humains en général. **Dans cette perspective, la famille perd sa spécificité de lieu de construction et de développement psychoaffectif. Le focus est dirigé vers la société, son organisation et son fonctionnement dans son ensemble.**

Dans le champ macrosociologique, la thèse du contrôle social (M. Foucault, G. Deleuze..) soutiendra que la psychiatrie est un mouvement politique dirigé vers la répression des déviants. M. Foucault tient une place important dans ce champ de recherche en remettant en cause l'idée que la connaissance conduit à la liberté et qu'elle serait un vecteur d'émancipation. Pour lui, la connaissance est au contraire le moyen par excellence du contrôle social permettant aux psychiatres de maintenir leur autorité (M. Foucault, 1961, 1975 et 1982).

b) Contribution et critique du courant antipsychiatrique.

Les thèses foucaaldiennes furent reprises et ont alimenté le courant anti-psychiatrique. Ainsi R. D. Laing et A. Esterson (1964) considéraient que certains comportements schizophrènes ont du sens quand ils sont replacés dans une expérience familiale et seraient des réactions normales face à un contexte oppressif.

Pour aborder la schizophrénie, R. D. Laing sort du cadre clinique et porte son attention sur le milieu familial car ce sont pour lui les relations intrafamiliales qui sont à l'origine des symptômes de la maladie. Pour lui, la schizophrénie est moins une maladie qu'un ensemble de réactions sociales individuelles constituant une entité pouvant être circonscrite à partir de l'étude d'une situation familiale particulière. Il se réfère aux travaux systémistes et notamment au concept de « double bind » de G. Bateson.

La schizophrénie serait une réaction normale à une série d'expériences répétées pendant l'enfance. La personne serait « victime » d'un milieu violent, traumatogène face auquel il réagirait par le repli et son attitude étant aussitôt stigmatisée par la société, prolongement du milieu familial, par le terme de « schizophrénie ». Le psychiatre jouerait là un rôle d'officiant, d'agent social. Un pas supplémentaire est franchi avec la critique radicale de D. Cooper de l'institution familiale. Pour lui, l'institution familiale est un échec complet et sa survivance est un archaïsme venu de temps reculés de la société esclavagiste puis féodale (1971).

Pour D. Cooper, inventeur du terme d'anti-psychiatrie, la maladie mentale, « crise microsociale », n'existe pas et la folie est une expérience personnelle et sociale, un état modifié de conscience ou encore un voyage. Il conteste tout classement des comportements mentaux déviants en maladie.

Pour D. Cooper (1971, op cit.) comme pour R. D. Laing (1971, op cit), la famille doit, elle aussi, disparaître. Elle est liée à la logique d'ensemble d'un système et doit se soumettre aux règles de l'organisation dont elle dépend.

Les orientations nouvelles du courant anti-psychiatrique avec R.D. Laing, D. Cooper et d'une certaine manière F. Basaglia (1968) - même si elles relevaient du même élan réformateur que la révolution désaliéniste qui a abouti en France à la naissance du « secteur » - s'en distinguaient néanmoins. Il faut accorder à F. Basaglia une place à part. Il refusait l'étiquette d'anti-psychiatrie. Son objectif est de radicaliser à critique de l'asile comme structure pathogène. Il allait jusqu'à contester l'utilité même de l'hospitalisation.

En resituant au premier plan la notion d'aliénation, ils jettent le doute sur les affirmations des psychiatres traditionnels dans le but de réinterroger l'étiologie des troubles psychiques et leur nature. Ces travaux s'inscrivent en négatif des classifications psychiatriques de l'époque car ils abandonnent les modèles jusque là établis des troubles mentaux et considèrent que l'aliénation mentale est un produit d'origine sociale et familiale. Si l'origine des troubles

mentaux ne se pense plus en lien avec une origine biologique mais uniquement sociale, l'hôpital devait être fermé. **Le trouble mental n'est plus pensé du côté de la maladie mais est un « symptôme social ».**

Le courant anti-psychiatrique a une double origine. D'une part la contestation du modèle théorique existant sur la folie et d'autre part l'indignation face aux conditions de traitement dans les hôpitaux de l'époque ; une volonté politique de « dé-psychiatriser » l'aliéné :

« Le malade est « malade » avant tout parce qu'il est exclu, abandonné de tous, parce qu'il est une personne sans droits, à l'encontre de laquelle tout est permis. » (F. Basaglia, 1968, p28).

F. Basaglia prend la direction de l'hôpital de Gorizia en 1961. La même année, paraissent *L'histoire de la folie à l'âge classique*, de M. Foucault, *Asiles* d'E. Goffman, mais aussi *Le Mythe de la maladie mentale* de T. S. Szasz, et *Les Damnés de la terre* de F. Fanon.

F. Basaglia met en place des assemblées quotidiennes où patients et thérapeutes, à place égales et symétriques, échangent leurs points de vue. Ces discussions forment le pivot de la « communauté thérapeutique », modèle inspiré par le psychiatre britannique Maxwell Jones (1952).

« La psychiatrie est la seule à même dans son double rôle médical et social d'informer le malade de la nature de la maladie et de ce que lui a fait la société en l'excluant : ce n'est qu'en prenant conscience d'avoir été exclu et rejeté que le malade mental pourra se réhabiliter de l'état d'institution auquel il a été acculé ». (F. Basaglia, op cit, p125).

En quelques mois à peine, les changements sont notables : libres, les fous fuguent moins. Certains quittent l'hôpital. Mais bien vite les infirmiers ne trouvent plus les moyens de renouveler les premiers succès. Le directeur, lui, prend conscience que sa méthode, en rendant les malades plus calmes, a simplement rendu l'institution plus efficace. La nature même de l'institution la destine à être toujours tiraillée entre ses visées thérapeutiques et sa mission de contrôle. Un an après la parution du livre, il démissionne avec toute son équipe.

L'institution ne peut pas être réformée, elle doit être niée car elle est intrinsèquement coercitive et violente par nature. La famille, en tant qu'institution n'échappe donc pas à la règle.

La thèse de la naturalité de la violence pensée comme origine des troubles psychiques fait retour de manière déplacée. La famille n'est plus responsable des troubles mentaux

par la nature de ses membres ou par le patrimoine biologique transmis mais de par sa nature institutionnelle. La condamnation de la famille perdue. Elle ne porte plus sur sa nature psychoaffective ou encore sur son organisation communicationnelle mais sur sa nature institutionnelle. Le déterminisme est social.

D'une certaine manière, la désinstitutionnalisation, la psychiatrie de secteur a de nombreux points communs avec ce que promeut F. Basaglia. Toutefois, en ne concevant pas l'institution comme fondamentalement coercitive mais comme aussi potentiellement soignante –selon le travail qui y est fait – l'expérience française réussit là où l'expérience italienne a échoué.

La critique de F. Basaglia est bien plus une critique politique qu'une critique des institutions comme chez R. D. Laing et D. Cooper. Le changement doit donc être politique avant d'être un changement social et institutionnel. La seule action thérapeutique à mener serait donc une action politique de « négation de l'institution » afin de modifier l'environnement social de la personne atteinte de psychose.

Dans l'ensemble, le mouvement antipsychiatrique avance une nouvelle conception de la folie, non plus comme maladie mais comme phénomène social et politique. Les troubles sont conçus comme des déviations sociales et les psychiatres comme des agents du contrôle social. (T. S. Szasz, 1961, op. cit). Ce mouvement, malgré les échecs (fermetures massives des hôpitaux et errance des malades en Italie mais pas seulement) et les excès qu'il a générés (critique radicale de toute chimiothérapie par exemple), relève du même esprit réformateur commun à la psychiatrie mondiale de l'époque. En ce qui concerne les rapports entre famille et soignants de psychiatrie dans cette perspective, il ne peut pas se traduire par une collaboration entre les deux institutions. Le courant de l'antipsychiatrie, dans sa critique radicale et systématique de l'Institution, ne se fixe comme objectif que la négation de cette dernière.

A ce stade de notre exposé, il faut souligner la dilution de l'approche médicale dans une perspective sociale et politique. Le patient de psychiatrie est moins malade qu'opprimé socialement du fait de sa « différence ». Ce qui revient en fait à nier l'existence d'une maladie et donc toute possibilité de traitement, d'action thérapeutique. Ne peut être soigné que ce qui est malade ! Pourtant cette perspective condamne en même temps la voie d'un traitement social de l'aliéné en ne faisant pas de la famille et de l'environnement social le lieu d'un « prendre soin » ou d'un rétablissement possible... Double écueil que « la solution à la française », plus une désaliénation qu'une désinstitutionnalisation évite...

La perspective communautaire de la psychiatrie à la française (ne visant pas la négation de l'institution) s'est pourtant construite sur un paradoxe : d'un côté on soutient que les phénomènes se produisant dans la communauté ne sont pas étrangers à l'apparition et au développement des troubles mais dans le même temps, on considère que la communauté est le seul espace capable de fournir un soutien adéquat aux familles. La vie dans la communauté sociale environnante du sujet malade se trouve alors point d'origine et solution aux troubles psychiatriques, même si le savoir et les compétences soignantes lui sont toujours plus ou moins refusés. Les membres de la communauté, les « civils »²⁹ ne savent pas, ils ne peuvent être que des sorciers, guérisseurs, ou au mieux des « thérapeutes sauvages »³⁰. Ceux qui soignent restent ceux qui sont détenteur du savoir estampillé « scientifique ». J. Favret-Saada faisait cette même analyse dans sa remarquable étude sur la sorcellerie dans le bocage (1977 et 1981).

Au fur et à mesure de la progression de la désaliénation et du regroupement des familles en association d'usagers (et constituant alors un poids politique), ces dernières sont devenues aux yeux des psychiatres la source privilégiée du soutien émotionnel et social des malades. On découvre alors les vertus des « soins informels » amenant l'environnement soignant « professionnel » à s'appuyer de plus en plus sur les familles en tant que soutien matériel d'abord, en tant que potentialité soignante au long cours ensuite. L'approche communautaire commande de nouveaux types d'intervention et l'interaction de différentes disciplines, de différents savoirs (aux statuts épistémologiques également différents) qui s'organisent en se donnant pour mission d'accroître le bien-être des groupes et de la communauté en général.

Dans ce cadre-là, la famille se définit désormais par ses fonctions de soutien social contrastant avec la période précédente l'identifiant comme « l'origine du mal ».

²⁹ Je reprends ici à dessein la terminologie employée par D. Jodelet dans son étude sur Ainay-le-Château. Elle fonde son analyse sur la bipartition, un clivage social fait entre les « bredins » (les fous) et les « civils » (accueillants des colonies). Je me centre ici sur une autre bipartition qu'il me semble nécessaire à prendre en compte, celle distinguant « les sachant » (qui ont reçu une formation professionnelle et un diplôme guidant leur pratique de soin) et les « accueillants ».

³⁰ C'est P. Sans, psychiatre très engagé dans la promotion de l'A.F.T. qui parle des « capacités thérapeutiques sauvages » des familles d'accueil.

c) Soigner la famille, prendre soin de la famille qui doit prendre soin du malade.

Que ce soit chez les aliénistes, les psychanalystes, les psychiatres ou même les représentants du courant de l'anti-psychiatrie, les liens entre famille et psychose ne sont plus mis en doute. Seulement la représentation de la famille, son rôle et sa place par rapport aux troubles ont changé. Au début des années 70, elle n'est plus seulement l'élément toxique responsable des troubles ou de la maladie mais elle peut elle-même faire l'objet de soins. Le malade n'est plus un individu isolé mais un individu-environnement, dans une institution malade, qu'elle soit hospitalière ou familiale. De la même manière qu'un « bébé [seul], ça n'existe pas »³¹, pour reprendre la célèbre formule de D. W. Winnicott, le malade se pense comme un individu connecté à un environnement pathogène mais aussi malade. **Pour soigner le malade, il faut donc soigner l'environnement.** L'influence de D.W.Winnicott est à noter, notamment ses travaux concernant le « holding » et le « handling ».

La grande différence entre le mouvement de l'antipsychiatrie et les « thérapies systémiques familiales » est que pour la première, la source est extra-familiale. L'analyse porte sur toute la société, perçue par elle comme totalitaire et autoritaire, où toute déviance est socialement condamnée et réprimée par l'internement psychiatrique. La psychiatrie systémiste est intra-familiale. Elle se porte sur le théâtre de la vie familiale où chacun a à jouer son rôle selon des règles présentes et implicites. Les thérapies systémistes ne s'appuient pas sur la « négation » systématique de toute institution. Au contraire, elle pense que le soin doit passer par elle. Elle se fonde sur une compréhension de la famille comme nœud de connexions et de réseaux communicationnels. Les thérapies familiales d'orientation psychanalytique s'appuient quant à elles sur la référence à la théorie freudienne de la subjectivité faisant une place à l'inconscient. Dans les deux cas, le soin à l'individu doit passer par des approches groupales ; seules les conceptions de la famille et de la subjectivité individuelle diffèrent. Pour les premières, c'est la communication qui est pathologique et pathogène alors que pour les secondes, c'est la famille en tant que groupe. Pour parvenir à la construction des thérapies familiales psychanalytiques, il a fallu en passer par l'élaboration de la notion de groupalité psychique. L'individu n'est plus une monade connectée à un monde social avec lequel il interagit. Il est porteur de ce monde social et du groupe auquel il appartient. C'est en ce sens que peut être entendue la formule freudienne.

³¹ C'est-à-dire sans les soins maternels

« Toute psychologie individuelle est aussi, d'emblée, simultanément, une psychologie sociale. » (Freud S., 1921, p123).

Il y a une continuité et des emboîtements entre l'approche individuelle et l'approche groupale. Les motifs de la thérapie familiale sont nombreux, même si initialement elle est née de préoccupations autour de la psychose, elle ne se limite guère à ce domaine de la psychopathologie. Elle s'applique plus largement aux familles qui ont de lourds problèmes de communication, des conflits insolubles, des souffrances psychiques diverses liés à des deuils ou à des événements sociaux qui menacent la famille de démantèlement. Bien souvent, une famille vient consulter pour un de ses membres considéré comme le malade « désigné », mais celui-ci s'avère être le symptôme d'un malaise collectif qui affecte la famille tout entière, l'indice d'une souffrance collective qui trouve à s'exprimer à travers le sujet supposé malade.

La famille doit exercer différentes fonctions, certaines positives comme : « dispenser de l'amour, contenir la souffrance psychique, penser » etc... mais elle peut aussi comporter des fonctions toxiques comme : « générer l'angoisse, diffuser le mensonge et la confusion » caractéristiques de familles « malades ». Dans ces familles « à soigner » ce sont les « fonctions négatives » qui sont à l'œuvre. L'un des objectifs de la thérapie familiale est d'effectuer un travail de *transformation* qui consiste à faire passer la famille en traitement d'un mode de fonctionnement régi par l'agir à un mode de fonctionnement régi par le rêve et le fantasme. **Au delà du « patient désigné », il s'agit de familles malades de leurs relations.** Être en groupe ou être en famille peut entraîner des régressions décrites par W. R. Bion (1961) sous la forme de « présupposés de base ». Ces présupposés de base, ont pour fonction de donner à une famille diffractée l'illusion d'une unité ou d'une cohérence, soit par l'attente commune d'un leader perçu comme « le sauveur » (dépendance), soit en vertu de l'idée qu'il y a un ennemi extérieur ou intérieur à abattre et que seule l'alliance collective contre cet ennemi peut en venir à bout (attaque/fuite), soit enfin, face à l'adversité, par la participation commune à un mythe collectif défendre le groupe-famille en danger. W.R. Bion oppose les « groupes de présupposés de base » au « groupe de travail », et c'est au passage de l'un à l'autre que s'applique le travail analytique. **Si on suit cette idée de W. R. Bion, une famille qui va bien serait un « groupe de travail ».**

La visée de la thérapie familiale psychanalytique c'est un changement de fonctionnement mental, condition pour qu'au sein de la famille puisse se développer une communication plus fluide, un espace imaginaire, une vie fantasmatique qui pourra permettre à chacun de

s'épanouir psychiquement et surtout d'éviter les multiples passages à l'acte qui caractérisent un mode relationnel perpétuellement agissant, et souvent violent. Les « pré-supposés de base » qui peuvent régir les relations familiales trahiraient une grave carence au niveau des processus de pensée. Le travail avec ces familles a pour fonction de permettre l'accès à l'élaboration puis à la symbolisation et à la perlaboration qui n'ont pas pu se développer en leur temps et à permettre des échanges qui ne s'effectuent plus sur le modèle de l'agir mais sur celui de la parole. En définitive, il s'agit de favoriser la communication verbale.

La psychanalyse familiale cherche son modèle dans la thérapie individuelle, en adoptant quelques références essentielles comme celles du cadre, du transfert et du processus, mais il n'en reste pas moins qu'elle s'en écarte par les apports issus des travaux sur le groupe : les notions de « contenants psychiques » (W.R. Bion, 1962), d' « appareil psychique groupal » (R. Kaës, 1976), de « contenants de pensée » (D. Anzieu, 1984), etc. Même si les développements de D. Anzieu (concernant les pathologies narcissiques) et surtout de G. Pankow (concernant les problématiques psychotiques) me semblent faire un pas de côté par la place accordée au corps dans la genèse de la vie subjective (voir discussions en chapitre V).

La famille fut donc tout d'abord perçue comme le lieu d'éclosion de la maladie puis comme la « cause » de celle-ci avant d'apparaître après la seconde guerre mondiale et dans un contexte de désaliénation comme l'auxiliaire du soin. Elle est passée du statut d' « origine du mal » à celui de « solution » face au mal. La famille à éloigner est alors devenue une famille « à éduquer » et « à soigner » avant de devenir une famille « à soutenir » et « à utiliser ». A un modèle pathologique de la famille y est substitué celui de « compétence » de la famille en matière de soin pour le malade au XXème siècle (N. Carpenter, 2001, op. cit.).

D'une certaine manière, les positions de certains représentants du courant anti-psychiatrique rejoignent celles de la psychanalyse en maintenant la famille du côté de l' « origine » du mal dont serait victime l'individu présentant des troubles du comportement. Si la psychanalyse ne condamne pas l'Institution en général, elle porte plutôt son attention sur la qualité pathologique de certaines institutions et certaines familles. Pour le courant anti-psychiatrique, l'origine du mal dont serait victime l'individu (maladie ou stigmatisation sociale liée à la maladie) serait à chercher dans les liens entre l'individu et la société dans son ensemble. La solution se trouverait alors dans la négation de l'institution comme cadre social. Pour la

psychanalyse groupale, l'origine du mal serait à chercher dans le fonctionnement de l'environnement de l'individu, environnement avec lequel il serait plus ou moins confondu ou tout au moins avec lequel il serait en continuité. La solution serait de traiter l'environnement pathogène. L'action serait donc avant tout et en premier lieu thérapeutique, soignante. Mais là encore, on reste sur une répartition binaire structurale entre « familles à potentiel névrotique » et « familles à potentiel psychotique » ou pour reprendre la terminologie de J.P. Racamier (1992), « familles oedipiennes » et « familles antoedipiennes »³².

Il y aurait un continuum, un destin pathologique dont l'origine ne se situerait plus seulement dans le patrimoine biologique mais aussi dans la configuration relationnelle familiale. Un continuum aussi entre psychologie individuelle et psychologie collective mais sans que pour autant les mécanismes de passage de l'un à l'autre ne soient explicités. Cela amène à considérer la psyché comme un emboîtement d'espaces et le groupe comme l'ensemble formé par ces emboîtements mais les liens de parenté et de filiation suffisent-ils pour autant à définir ce qui unit les individus entre eux ? Les liens au sein des familles sont-ils innés du fait de la filiation et de la parenté ou sont-ils des constructions ? Il est important ici de noter l'absence du rôle joué par le quotidien et les tâches domestiques dans les liens unissant les membres de la famille. **Dans cette théorie, il n'y a pas de centralité du travail.**

La famille est l'objet-cible majeur de la critique sociale et politique. Reprendre cette même problématique de la famille en y plaçant en son centre la dimension du travail, en particulier du travail domestique d'une part et du travail de Care d'autre part, c'est engager un retournement de la critique politique. Et de ce fait, c'est ouvrir la voie à une conception insolite de la psychopathologie de la psychose (et des autres organisations mentales aussi) qui va mettre au centre non seulement le travail mais aussi le déni et le mépris sociaux du travail avec leurs conséquences sur l'économie des relations dans la famille et sur la société toute entière. Car c'est ce même déni qui est en cause dans la crise de la famille et dans la crise du vivre-ensemble qui conduisent à la psychose et à l'aggravation des maladies mentales mais aussi somatiques dans le monde du travail et du chômage.

³² Le conflit antoedipien est celui des origines. Il oppose des forces visant à l'union narcissique avec la mère primaire et celles visant à la séparation et à l'autonomie. Les familles antoedipiennes ou familles à potentiel

Dans les relations entre famille et psychiatrie, c'est, il me semble, face à ce hiatus entre politique et soin que le dispositif d'accueil familial thérapeutique ouvre une voie un peu décalée. La famille définie comme institution de soins primordiaux a pu se penser d'abord comme lieu d'accueil et de contenant de la psychose puis comme le lieu d'un travail thérapeutique. Mais à quelles conditions ?

5. De la mère nourricière au « care giver ».

Le courant antipsychiatrique, adversaire des orientations nouvelles portées par P. Paumelle, a poussé la psychiatrie française à se réformer et à s'interroger. En considérant que la principale « différence entre le psychiatre et le malade ne tient pas au déséquilibre entre santé et maladie mais à un déséquilibre de pouvoir » (F. Basaglia, 1968, op. cit, p240), le courant antipsychiatrique a posé la relation médecin-malade comme une question politique. Mais en posant la question du pouvoir, de l'autorité et du consentement, elle l'a également laissée dans une certaine aporie car les conclusions des représentants du mouvement n'ont pas permis de résoudre les problèmes soulevés du terrain. Sans doute parce que la liberté y est désignée comme désirable en soi alors que la clinique ne cesse de nous offrir des signes de résistance à la dite liberté... Mais aussi parce que l'autonomie y est posée comme un objectif atteignable et non comme idéal.

La question du colloque singulier est devenue une question politique autour de laquelle se sont organisés les différents protagonistes.

La désaliénation de l'après guerre, en promouvant des pratiques psychiatriques « hors les murs » (que l'on songe aux hôpitaux de jour, aux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, à l'accueil familial thérapeutique etc.) a confronté les acteurs du soin en psychiatrie aux problématiques de l'insertion sociale des malades mentaux. La psychiatrie s'est trouvée tiraillée entre la tentation médicale et la tentation sociale (G. Swain et M. Gauchet, 1980). Cela a modifié profondément la relation entre les deux partenaires qu'étaient le champ social et le champ médical. On peut voir dans ces deux éléments (la politisation de la question du soin et les conséquences de la désaliénation), des facteurs explicatifs de l'organisation en groupes, voir en lobby, de ceux que l'on va appeler - appellation réclamée par les intéressés

psychotique seraient celles ne favorisant pas la séparation et l'autonomie, voir celles qui favoriseraient l'union narcissique avec la « mère primaire » (J.-P. Racamier, 1995).

(ou leurs représentants) mais objet de scepticisme de la part des médecins - les « usagers » de la santé mentale, c'est-à-dire les patients, les familles et les amis réunis au sein d'associations militantes³³, pour certaines nées des organisations associatives créées par des soignants (l'Elan retrouvé est créé en 1948, les Croix Marines en 1952).

L'engagement des associations d'usagers va porter ces derniers à travailler avec les professionnels à une « coproduction » de soins. Cette notion de coproduction évoque le travail au long cours reconnaissant une compétence des malades pour gérer leurs troubles³⁴. On retrouve cela dans les programmes outre-atlantique dans lesquels on parle d'objectifs, de « recovery », d'empowerment, ou encore en France dans le mouvement de la « réhabilitation psychosociale ». Ces perspectives s'appuient sur le développement de capacités d'action collective des personnes concernées mais supposant la possibilité pour les personnes atteintes de psychoses de s'organiser de manière coordonnée pour soutenir des actions politiques... Plus récemment encore entendons-nous parler de la « paire aide » à laquelle des congrès sont maintenant consacrés.

Cette perspective « partenariale » des soins en psychiatrie veut donner une place aux usagers, à l'entourage et aux différents partenaires. Et c'est ainsi que le « savoir pratique » est transformé en « compétence ».

En cinquante ans, les « usagers » (regroupant d'une manière indifférenciée malades, familles et non malades amis) ont acquis un poids politique leur permettant de peser dans les débats législatifs mais aussi au sein de l'hôpital lui-même.

Ainsi les lois de 2002 poussent à la concertation les usagers, les politiques et les professionnels. Les professionnels doivent être en mesure de rendre compte et de participer à des programmes d'évaluation des soins et de la qualité de vie des personnes hospitalisées. Cela a bien sûr des incidences sur le travail quotidien des soignants qui doivent justifier, décrire ce qui a été proposé, réalisé ou refusé (évaluation et mise en place du projet personnalisé du patient). Les usagers revendiquent le droit d'énoncer le bien collectif en

³³ Essentiellement, la FNAPSY (fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) et l'UNAFAM (union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques).

³⁴ Sur ce point les laboratoires pharmaceutiques ont développé des outils destinés aux soignants. Ne citons comme exemple que le programme PACT (Psychose Aider Comprendre Traiter), programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients schizophrènes et aux familles, créé par Janseen-Cilag

matière de santé et s'organisent pour peser dans le débat politique et social³⁵. Le malade est devenu une « personne handicapée » désormais au « centre du dispositif » et pouvant prétendre à des compensations et des prestations. Et ce passage de la maladie au handicap s'accompagnerait sans nul doute d'un progrès social si cela ne traduisait pas une forme de refoulement ou de la relégation de la maladie elle-même derrière une étiquette sociale, certes moins stigmatisante mais également moins dynamique... Si tant est que les changements de vocabulaire traduisent effectivement une mutation de la place des personnes atteintes de psychose dans l'espace citoyen et social. A la suite de ces hypothèses, on ne peut qu'en conclure avec G. Baillon (2009) que les usagers viendraient « au secours de la psychiatrie » par une « parole retrouvée ». Mais au risque de paraître conservatrice, ces perspectives risquent de shunter tous les apports de la perspective psychodynamique concernant les psychoses. Loin de « secourir » la psychiatrie, elles risquent alors de la faire sortir du champ médical pour la fondre dans des perspectives sociales. Ce qui serait alors au centre du dispositif, ce serait l'individu social porteur d'un handicap et non plus « l'être malade et vivant dans sa singularité ».

À partir des années 70, de nombreux patients retournent vivre dans leurs familles après l'hospitalisation. L'hôpital ne doit plus se définir comme lieu de vie mais comme lieu de transition où sont traités les symptômes et initié un parcours de soin au long court en ambulatoire. La famille est alors la solution au problème du retour du patient dans la communauté. Ce troisième temps met l'accent sur le « membre de la famille en tant que personne » et non plus comme le fruit ou le produit d'interactions familiales et sociales. Le malade n'est plus une « victime » de sa famille ou de la société mais un individu en charge de retrouver son « empowerment ». Dans le même temps, la famille n'est plus rangée du côté de l'étiologie mais considérée comme une composante importante de la gestion environnementale de la personne. Une composante environnementale propice ou non à cette reconquête du « pouvoir d'agir ». C'est dans ce contexte que les études sur la charge émotionnelle des soins (le care domestique) et la professionnalisation des familles se sont développées. Des programmes de psycho-éducation des familles se mettent en place, parfois

³⁵ Récemment, de Saint Anne est parti le mouvement de la « Mad Pride » conçu sur le même modèle que la « Gay Pride » il y a quelques années et qui avait permis aux personnes gays-lesbiennes-transgenres de se fédérer et peser dans le débat public mais également au sein même des débats nosologiques en psychiatrie. Je fais référence aux manifestations organisées lors de l'élaboration de la CIM 11 concernant les troubles de l'identité de genre. A ce sujet voir le numéro de *l'Information psychiatrique*, « Troubles liés au genre », volume 87, 2011/4.

avec le soutien des laboratoires pharmaceutiques faisant d'elles les avant poste des soignants hospitaliers parce qu'en situation de détecter les signes de rechute. Devenant ainsi une solution, les familles ne sont plus seulement la cause directe de la schizophrénie ni seulement leur soutien social mais également un groupe de personnes affectées par la présence d'un proche schizophrène. Le concept de lourdeur de la charge de soin devenant alors un thème privilégié pour les chercheurs. Le concept de « burn out » identifié d'abord chez les infirmières alimente les recherches naissantes sur ce que depuis nous appelons, « le care familial ».

Les études montrant que les familles expérimentent une charge de soin dans la tâche de soutien au patient de la fin des années 70 et début des années 80 justifieront la prise en considération des familles en tant que membres actifs du système de soin. Aujourd'hui, partenaires en charge de superviser le traitement, d'assurer la continuité des soins et de veiller au bien-être du proche malade dans leurs gestes quotidiens, les familles font l'objet de travaux concernant la « charge » qui leur est imputée.

C'est justement à propos de l'aporie concernant l'autonomie, posée comme fin de l'action thérapeutique, que les éthiques du Care ont déplacé la question. En France, ces travaux s'appuient essentiellement sur la philosophie morale et sur les apports des sociologues féministes.

Le féminisme n'a pas pour origine la question de l'avortement, comme on le dit trop souvent, mais la prise de conscience d'un type d'oppression spécifique, celle portant sur le corps et son usage. Une masse de travail importante est effectuée gratuitement par les femmes et est réalisée non pas pour soi mais pour d'autres et toujours au nom d'une prétendue nature féminine. C'est le travail domestique (cf. "Le torchon brûle", nom d'un manifeste féministe). C'est donc du "ras-le-bol" d'effectuer ce travail (même s'il n'était pas conçu comme tel à l'époque) que naissent les travaux sur la division sexuelle du travail et sur les rapports sociaux de sexe. Ce sont essentiellement les travaux de ces sociologues féministes qui permettent de considérer le travail domestique comme une activité de travail au même titre que le travail salarié.

Ce premier renversement donna lieu à un deuxième : à partir du moment où le travail domestique est pensé comme un travail à part entière, cela implique de prendre en compte l'articulation travail domestique/travail salarié dans toute analyse du travail. Pourquoi, dans toutes les sociétés, le problème de la conciliation entre travail salarié et travail domestique est

l'affaire exclusive des femmes? Cette question donne naissance aux études sur la double-tâche ou la « maudite conciliation ». Aujourd'hui, on a tendance à regrouper les métiers de l'aide et du soin sous le terme plus englobant de métiers du *Care*.

Ce terme permet de décloisonner et de penser ensemble toute une série d'activités qui ont en commun d'être réalisées soit par des femmes, soit par des populations migrantes, minoritaires, et d'être considérées comme des professions subalternes et non qualifiées, dont on ne pourrait pourtant pas se passer, dont dépendent notre confort et, souvent de façon décisive, notre survie. Dans le même temps, il s'agit de montrer que, dans ces activités, il y a non seulement des tâches matérielles, pénibles, rebutantes, mais aussi tout un travail d'attention aux besoins des autres qui requiert des compétences et l'expérience de ce que cela veut dire de tenir compte de l'autre, et de ses besoins.

C'est une caractéristique de ces activités socialement orientées vers le souci de l'autre que d'être en majorité exercées par des femmes. Les perspectives éthiques et de philosophie morale rencontrent les recherches féministes.

Sur ces travaux féministes des années 70 s'est initié au début des années 80 un renouvellement des travaux et recherches en philosophie morale autour des questions de justice, responsabilité, autonomie et vulnérabilité. C. Gilligan (1982) développe une critique féministe de la philosophie morale dominante, d'inspiration kantienne, notamment la théorie de la justice de J. Rawls. Elle oppose à cette « éthique de la justice » une « éthique du care » en six points : 1. L'éthique du care revendique un particularisme alors que l'éthique de la justice se veut universaliste. 2. L'éthique du care repose sur l'attention aux besoins spécifiques de la personne alors que l'éthique de la justice se veut impartiale et impersonnelle. 3. Alors que l'éthique du care repose sur l'affectivité, l'éthique de la justice repose sur un idéal de rationalité. 4. L'éthique de la justice spécifie des droits alors que l'éthique du care s'appuie sur l'identification des besoins. 5. L'éthique de la justice procède par raisonnements formels alors que l'éthique du care ne peut s'appuyer que sur des raisonnements contextualisés. 6. Et enfin, l'autonomie présumée par l'éthique de la justice n'est posée que comme relative par l'éthique du care : la vulnérabilité est première, l'autonomie n'est que seconde et jamais totale. L'autonomie d'un sujet s'appuie toujours sur le travail d'un autre. Le présumé n'est donc pas l'autonomie mais l'interdépendance.

Les travaux sur le Care prennent donc appui sur une idée centrale : celle de la vulnérabilité de tout être humain. La vulnérabilité n'est pas un accident de parcours; elle ne concerne pas seulement les enfants, les femmes, les handicapés ou les « faibles »; on a tous, à un moment donné de notre vie, besoin que quelqu'un s'occupe de nous pour survivre. Le Care s'oppose donc à l'idée que les êtres humains seraient naturellement et intrinsèquement autonomes et autosuffisants: la vulnérabilité est une composante de la nature humaine.

Joan Tronto quant à elle propose une définition du Care qui ne repose pas sur une disposition psychologique inhérente au développement psychoaffectif des femmes mais sur une série d'expériences et/ou d'activités. Elle dénaturalise donc le Care et son sujet ce que la perspective de Gilligan ne parvenait pas à faire.

Joan Tronto fait référence à une « éthique des subalternes » bien plus qu'à une éthique « genrée », ce qui selon moi lui donne une place un peu particulière parmi les théoriciennes actuelles du Care. Elle ne met pas en avant ses perspectives féministes en éthique même si elle critique les différentes manières de féminiser le Care (en particulier C. Gilligan). Cette « déféminisation » du Care devenant indispensable à sa politisation, indispensable pour promouvoir une « société organisée autour de la centralité du care » car elle participe à son affranchissement des forces de relégation qui œuvrent contre la pleine reconnaissance des activités de Care.

On ne parle pas de centralité du travail mais de centralité du care.

Joan Tronto critique l'assimilation du Care à une dyade dont l'archétype serait la dyade mère-enfant. Pour elle, il n'y a de Care que collectif (même si elle ne parle pas de coopération et ne s'appuie pas sur une théorie du travail) ; y compris dans l'analyse de la situation maternelle. Les enfants ne sont pas élevés par une mère seule, sauf éventuellement à situer cette situation dans un monde hors travail (et encore, c'est à discuter !). Et les médecins sont en général impliqués dans des réseaux complexes de relations de Care (les familles donnent des soins, les aides à domicile, pharmaciens etc.) dont les spécificités de travail seraient à analyser (j'ajoute !)...

Le Care n'est pas seulement une idée ou une théorie, c'est avant tout une activité. D'une façon générale on peut le définir comme :

« Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie. » (J. Tronto & B. Fisher, 1990)

Si on suit cette idée, on ne peut pas décrire et analyser l'éthique du Care sans considérer les activités qui en sont l'expression. Seulement J. Tronto ne se réfère pas à une théorie du travail. Ces éthiques du Care portant un projet politique ne constituent pas de théorie du travail de Care et par la même se trouve encore cantonnées dans le champ de la réflexion théorique, dans le champ de la philosophie politique et morale mais sans encore pouvoir trouver une place dans le champ de l'action politique. Pour ce faire, il manque une rencontre entre la philosophie et une théorie du travail.

Dans une *certaine* filiation à Joan Tronto, le Care trouverait sa meilleure expression sous la forme d'un travail selon Pascale Molinier. La relation à l'autre, le type d'intérêt et de souci que nous avons des autres, l'importance que nous leurs donnons, font partie du Care.

Comme elle l'avait souligné à propos du travail des infirmières, le côtoiement de la souffrance d'autrui ne suffit pas pour générer de la compassion (P. Molinier, 2003). La souffrance d'autrui est en grande partie invisible, il faut apprendre à aller la chercher, à la sentir. Cet apprentissage est bien plus qu'un simple côtoiement de la souffrance. Il faut avoir l'idée que l'autre souffre. La compassion repose donc sur une dimension cognitive, sur des connaissances acquises portant sur les formes psychiques de la maladie, sur les modes d'expression de la souffrance (via la violence parfois) mais d'abord sur un travail d'analyse ou d'auto-analyse de sa propre vulnérabilité. Un travail de soi sur soi donc. Elle dépend d'une symbolisation collective de la souffrance.

Cet apprentissage porte aussi sur les valeurs « l'autre est un être humain comme moi », ce qui implique la capacité de s'identifier à lui. Ce qu'elle souligne, c'est que ce processus d'identification n'est pas évident quand les travailleurs sont confrontés à l'ambivalence que suscitent certaines conduites humaines comme la sexualité des vieillards, l'autodestruction des toxicomanes, la résistance au travail infirmier, etc.

Enfin, sentir la souffrance d'autrui implique un travail sur son propre corps : il faut utiliser son corps comme un outil sensible, ce qui est une construction, un apprentissage, une conquête. Il faut se fabriquer un corps qui peut servir de médiation entre soi et la subjectivité d'autrui.

Un des enjeux majeurs dans ce champ est de parvenir à dénaturiser les savoir-faire féminins, pour qu'ils puissent être reconnus car le naturel occulte le travail. C'est sans doute la principale ambition du travail de P. Molinier (2013) :

« L'Éthique du Care assume une forme d'inachèvement ou d'imperfection de la décision qui ne conduit pas nécessairement à une pleine satisfaction et suppose d'endurer un certain inconfort moral et de « faire avec ». Ce qui est recherché, ce n'est pas la vérité ou la justice mais la justesse d'une décision quand bien même la personne n'est pas en mesure d'en exprimer clairement la justification. »

Elle s'appuie sur l'analyse du travail soignant pour définir ce qui serait pour elle le travail de soin, même si elle ne limite pas le travail de Care au travail soignant. Pour elle l'activité de soin est constamment inachevée, redevable d'une imparfaite humanité, irréductible à des protocoles ou des chartes de bientraitance. Cela la conduit à une critique - qui puise en grande partie dans les enseignements de la psychothérapie institutionnelle - de l'expansion de la segmentation et de la hiérarchisation des activités de Care. Le Care appartient à l'ineffable du travail. Il est à caractère non spécialisé, ce qui pose un problème vis-à-vis de la surspécialisation des métiers soignants promue par la logique de la professionnalisation actuelle. Il faudrait donc aller vers la déspecialisation et la déhiérarchisation en matière de soin.

Mais plusieurs questions se posent : Suffit-il de réorganiser de manière horizontale les tâches pour que la domination disparaisse ? P. Molinier pose d'emblée que les soignants aimeraient faire ces tâches de care... est-ce toujours le cas ? ne fait-on pas l'économie d'une ambivalence à l'égard de l'autre ? Mon expérience montre que si les infirmières critiquent une spécialisation c'est la mienne ou celle du médecin mais elles ne sont pas prêtes à renoncer à la leur face aux familles d'accueil avec lesquelles nous travaillons... En bref, nous entretenons un rapport à la domination bien plus complexe que ce que P. Molinier dépeint et prône comme modèle pour penser une « nouvelle organisation sociale » au travail et dans la vie civile...

Les gens tiennent à la reconnaissance de leur spécialité et à leur spécialisation ! Ils ne sont pas prêts à se voir confondus avec d'autres... ils tiennent à ce que les plus hautement spécialisés le soient moins mais ne sont pas prêts quant à eux à renoncer à la leur ! C'est, il me semble, une vision bien angélique et édulcorée du lien intersubjectif mais qui ne s'entend qu'au prix de l'économie d'une référence à la théorie freudienne, d'une référence à la centralité du sexuel.

On assiste dans cette promotion du courant du Care à un déplacement de la centralité du sexuel à la centralité du genre.

Cette dé-hiérarchisation souhaitée par P. Molinier ne générerait-elle pas plus de confusion dans les organisations de travail, de violence et de répétition des logiques de domination en faisant sauter quelques « digues » pourtant bien nécessaires dans la régulation des rapports humains ? Car le naturel humain ne va pas spontanément vers la concorde et la suppression des rapports hiérarchiques ne supprimeraient pas les rapports de domination... bien au contraire !...

Le livre de P. Molinier maintient l'ambiguïté d'un bout à l'autre sans qu'on puisse définir si elle souscrit aux thèses de C. Gilligan ou s'en détache. Sans doute parce qu'elle n'a pas poursuivi l'analyse des liens entre identité sexuelle (C. Gilligan, d'un point de vue développementaliste est partie de là) et de l'assignation sociale, dont celle de genre. On pourrait faire la même critique concernant la filiation à J. Tronto dont elle partage les ambitions politiques mais tout en refusant de déféminiser les tâches dont elle livre l'analyse. Même si elle affirme faire appel à un « féminin générique » qui n'exclurait pas les hommes, elle insiste sur le caractère féminin de ces activités mais à vrai dire sans creuser la question des implications dynamiques des rapports de genre. Elle n'interroge pas la question du travail psychique généré par l'assignation de genre. Et sans la prise en compte de ce sexuel « démoniaque » ou « pervers polymorphe » décrit par S. Freud, la théorie du travail de Care soutenue semble édulcorée de la dynamique entre souffrance et plaisir innervant les rapports de domination autour desquels se structure inévitablement tout travail.

On pourrait même parler d'une forme d'« angélisme » militant des conceptions contemporaines françaises du Care (« l'éthique de l'amour » dont on entend l'écho avec les théories de l'attachement et le modèle de la relation d'objet de l'école anglaise de psychanalyse cités plus haut, la déspecialisation, la déhiérarchisation, l'élargissement de la confiance et la critique du rôle de la dynamique de la reconnaissance dans la vie subjective...) qui de ce fait sont à mettre en discussion (chapitre IV).

Il faut également reconnaître que les éthiques du care ont permis des avancées majeures en prenant en compte le travail et sa répartition là où les théories sociales classiques ne voyaient qu'amour et altruisme. Les analyses du Care ont permis de faire revenir dans

le champ de pensée des sciences sociales et morales les relations intra-familiales jusqu'alors laissées au champ de la psychologie, et jusqu'au début des années 70, dans une perspective centrée sur l'individu malade ou en situation de besoin de soin et de prise en charge. La perspective épistémologique du Care a contribué à faire du quotidien incarné, des débuts de la socialisation, des apprentissages moraux et éducatifs des futurs citoyens un domaine d'investigation non plus réservé au seul champ de la psychologie mais pour ce faire, il a fallu en passer par un décentrement vis-à-vis de la doctrine psychanalytique freudienne. Ces nouvelles perspectives se sont donc appuyées sur une conception de la famille comme un lieu de relations et de « soins primordiaux », fortement influencée du travail de D.W. Winnicott et des théories de l'attachement mais en même temps que la question de la pulsion était évacuée, l'était également la question du travail. Ce qui nous amène à nous demander si la centralité épistémologique du travail ne se soutiendrait que de la centralité du sexuel et vis versa.

III) Colonies et familles d'accueil : la famille comme institution d'accueil et de soin.

Initialement, les familles « nourricières », à la campagne, étaient envisagées comme une solution d'hébergement permettant le rétablissement au long cours de patients chroniques estimés « incurables ». Loin du « Cure », elles sembleraient appartenir au champ du « travail du Care ».

Si les bienfaits de l'accueil « au grand air de la campagne des colonies » étaient soulignés par certains auteurs, d'autres se sont interrogés sur les limites de tels dispositifs comme voie d'insertion sociale de ces patients stabilisés. Il y a peu de littérature portant spécifiquement sur l'accueil familial. Nous en avons relevé deux principales : Pierre Sans, psychiatre et Denise Jodelet, psychosociologue. Mais chacun traite l'accueil familial différemment. Si Pierre Sans (1997) et les différents auteurs qui ont collaboré avec lui (J.C. Cébula, 1999 et 2000 ; A. Velasco, 2011 ; D. Schurmans, 1987 ; M.-N. Schurmans, 1987 etc.) se sont attachés à décrire les aspects thérapeutiques que peut revêtir l'accueil familial, D. Jodelet (1989, op.cit.) s'est demandée quant à elle comment se construit le rapport à l'altérité et inscrit son analyse des colonies dans ce cadre. Si les premiers, à partir d'un point de vue militant se réfèrent essentiellement au mouvement de la psychothérapie institutionnelle et aux travaux de l'école psychanalytique anglaise, on peut sans doute voir des liens entre ce que D. Jodelet

développe et le courant de l'antipsychiatrie. Même s'il ne semble pas pertinent de « comparer » dans une lecture au fil du texte les conclusions de D. Jodelet, celles de P. Sans et les miennes, il serait toutefois regrettable de ne pas réserver une partie de ce travail à une lecture critique de ces deux auteurs. D. Jodelet et moi ne partageons ni le même terrain ni le même objet de recherche (elle les colonies, moi l'accueil familial thérapeutique) ni la même méthodologie de recherche (voir chapitre II). Pierre Sans et moi ne partageons pas les mêmes objectifs militants. Il n'empêche que la discussion s'impose.

Ce qui importe à P. Sans c'est de :

« Redonner la parole aux « gens », même si elle prend des formes éloignée de celle des « élites », à reconnaître la part de vérité qui s'y glisse, plutôt qu'à l'étouffer sous un amoncellement de lois et de règlements, ainsi que sous les contrôles administratifs qui, le plus souvent, aggravent le désordre par leur excès, leur absurdité et parfois leur pure et simple sottise ? Voilà la question que ma pratique quotidienne m'amène à me poser régulièrement, notamment autour de mes réflexions sur les savoirs profanes de ceux et de celles qui exercent le difficile métier de famille d'accueil. » (Sans P., 1997, op cit., p 72)

Les productions de P. Sans et des praticiens qui se sont associés, à lui au moins pour un temps³⁶, ont une valeur académique différente de l'étude menée par D. Jodelet. Pierre Sans mélange les corpus théoriques à partir desquels il mène une étude clinique (anthropologie, sociologie, psychothérapie institutionnelle et psychanalyse de l'école anglaise essentiellement). Ce qu'il nous donne à lire tient plus d'une défense et d'une lutte pour la reconnaissance sociale des familles d'accueil ou encore pour la revendication de l'efficacité thérapeutique du dispositif que d'une discussion théorique de points clés permettant de comprendre cette efficacité. Du coup, la demande de reconnaissance est à entendre vis-à-vis de la Science et des psychiatres. En voulant défendre la nécessité de reconnaître l'efficacité de l'A.F.T., c'est aussi pour une reconnaissance de son travail de psychiatre travaillant en A.F.T.³⁷ qu'il milite. D'ailleurs, dans ces écrits-là, l'efficacité thérapeutique est vissée au travail des soignants hospitaliers. Sans l'intervention de l'équipe dédiée, nulle dimension thérapeutique dans ce que font les familles d'accueil selon P. Sans.

³⁶ Si Pierre Sans a été l'un des principaux promoteurs de l'A.F.T. dans le champ associatif et l'un des membres fondateurs du G.R.E.P.F.A., aujourd'hui les ruptures sont effectives.

³⁷ Rappelons que l'A.F.T., *pratique grise* n'est pas un secteur des plus valorisés dans le travail en psychiatrie.

Il convient pourtant de prendre en compte ces travaux. D'une part parce qu'ils innervent toujours activement la pratique de terrain en A.F.T. et d'autre part parce qu'ils me semblent aborder une question centrale laissée de côté par D. Jodelet : les effets thérapeutiques de l'A.F.T.

Dans les deux cas, le malade accueilli vient toujours d'un ailleurs : par des pèlerinages à Geel, de la ville vers la campagne comme à Lierneux ou en France, de l'hôpital vers le tissu social dans tous les cas. Dans cette conception, les malades sont toujours les « autres » mais vivant à l'intérieur des familles locales. Le malade est du côté de l'altérité. Le pensionnaire, le patient, l'accueilli, le Bredin, même s'il partage la vie familiale, reste étranger à la structure de la famille. Il n'est pas adopté. Jamais l'accueilli ne bénéficiera au plan légal d'un droit de filiation (héritages et autres). Cet « autre » - qui ne peut pas devenir l'autre partie du « nous » - est doublement étranger : par son origine (sociale, familiale, géographique) et par sa folie.

1. Denise Jodelet et l'analyse du rapport à l'altérité

Ce que montre Jodelet, c'est que les membres de la communauté confrontée à l'impératif de devoir inclure ce qui représente à ses yeux l'altérité, agissent, pensent, sentent en groupe et sous la pression certes, mais surtout pour le groupe et en son nom. Pour elle, chacun est embarqué sur la même galère, partageant le même sort et s'engageant pour assurer une modalité commune de survie, dans un minimum d'harmonie collective. Ils « font corps ». Ces conduites défensives communautaires et cette identification active sont mobilisées par le désir de **préserver le milieu où s'enracine sa propre identité**. Les individus s'engageraient donc dans la défense du groupe social pour défendre leur propre identité. D. Jodelet n'a pas recours à l'idée d'une conscience collective ou d'un « appareil psychique groupal »... Elle récuse même toute hypothèse d'un imaginaire ou d'un inconscient collectif. Ce faisant, pour penser la cohésion de ce groupe d'individus, elle doit en passer par une métaphore organiciste. La « socialité » de l'être humain est posée comme un fait, tout comme l'identité. Elles sont naturelles et non construites. Le socius se compare à un organisme devant réagir face à ce qui n'est pas lui. L'étranger n'est pas alors source ni de curiosité ni d'intérêt mais de méfiance et synonyme de danger parce qu'il menace l'intégrité du groupe. Son analyse porte sur les conditions du vivre-ensemble, sur la qualité du lien social et sur les conditions permettant à un groupe social de (sur)vivre face à la nécessité d'*intégrer* ce qui lui est différent, voir

totale­ment hétéro­gène. Dans la perspective de D. Jodelet, le corps social est donc conçu comme une sorte de « méta-organisme » réagissant à l'intrusion d'un agent extérieur, d'un « implant » comme aurait à le faire un corps biologique.

Ce qui est en jeu, c'est le contrôle et la peur :

« C'est bien une position défensive qui conduit à ne pas faire attention aux malades mentaux et même à ne plus les voir », cela relève d'une régulation collective du processus de coexistence avec la différence. (...) La déné­gation nous paraît s'étayer sur un mécanisme de défense sociale contre une blessure narcissique, une menace pour l'identité d'un groupe et de ses membres par la stigmatisation ; défense réclamant l'effacement symbolique de l'élément perturbateur et de son marquage et pour aller jusqu'à la négation du malade et son isolement. (...) La logique du processus d'acceptation, en ce qu'elle fait de « l'implant » étranger un élément semblable et inséré dans le contexte social aboutit souvent à la transformation en péril interne et à ériger contre lui de nouvelles et plus subtiles barrières. » (D. Jodelet, 1989, op. cit., p. 93)

L'intérêt de l'analyse de D. Jodelet est de battre en brèche l'hypothèse d'une prétendue naturelle « tolérance à l'agent étranger implanté » et d'une bienveillance du milieu social à l'égard des malades mentaux. Elle relève l'existence de modalités collectives défensives (1989, op. cit., p. 281) permettant cette « intégration ». A première vue cela semble très proche de ce que C. Dejours a appelé les « stratégies collectives de défense ». Mais si D. Jodelet s'était référée à une théorie du travail, elle aurait du nuancer ce point de vue et considérer que ce qu'elle décrit relève plus d'une radicalisation des stratégies défensives que des stratégies collectives de défense.

« Survivre telle est la question » (D. Jodelet, 1989, op. cit, p.282)

Le problème, c'est que D. Jodelet ne s'appuie pas sur une théorie du travail pour construire sa théorie sociale (ou en tout cas elle le rabat sur la question de la défense de soi ou de l'entre-soi). Or si on récuse la métaphore du biologique (ou même encore si on récuse la manière dont elle pense la réaction organique face à une « implantation ») pour penser le fonctionnement social, la démonstration clinique de Jodelet ne tient pas.

De plus, cette conception du lien social pose plusieurs points aveugles :

- D'une part, une non-explicitation de ce dont procède la vie [sociale]. La question de la vie [sociale] est rabattue sur celle de la survie et de la défense identitaire.

- Cela se fonde sur une conception de l'identité innéiste ou tout au moins envisagée comme un capital plein et entier qu'il s'agirait de défendre.
- Elle n'explique pas comment cette ambition singulière passe à la pratique groupale et comment les individus, dans leur singularité, peuvent renoncer à une partie de leurs prérogatives et désirs personnels dans l'intérêt du groupe.
- Et enfin, les visées défensives relevées par D. Jodelet se fonderaient sur des « représentations sociales » dont elle ne détaille pas la genèse. D'où viennent-elles ? Sont-elles construites ? Si oui, comment ?

Pour toutes ces raisons, si on suit la perspective de D. Jodelet et ce qu'elle dit du fonctionnement des colonies, on ne peut pas comprendre comment l'action des accueillants familiaux peut avoir des effets thérapeutiques et engendrer une transformation subjective chez le malade accueilli.

Dans la perspective de D. Jodelet, la société n'est pas constituée d'individus liés entre eux dans le but de produire une œuvre commune mais par la défense d'une identité déjà là. Elle est pensée comme un « corps » devant se défendre et sans cesse menacé d'implosion.

Elle définit alors la notion de « représentation sociale » comme opérateur scientifique pour une compréhension psychosociale des phénomènes de ségrégation, d'exclusion et aussi de cohésion sociale. Elle permettrait, selon elle, de comprendre comment une société civile devient totalitaire. Elle le distingue de la représentation telle qu'on la conçoit en psychologie cognitive parce qu'elle regrette « l'élimination de la fonction expressive de la représentation et sa relation à la vie affective et émotionnelle » chez les cognitivistes tout comme le manque d'intérêt « pour l'action et son support, le corps ». Si elle ne fait une petite place au corpus psychanalytique dans son introduction (A. Green), qui lui a tenu compte des investissements affectifs dans l'organisation cognitive et du « soubassement pulsionnel dans l'émergence du sémiotique » (D. Jodelet, op. cit, p 36)). Elle se réfère à une psychanalyse traitant de la symbolisation et de la représentation et non à la théorie de la sexualité, aux liens que celle-ci entretient avec la connaissance. Elle n'envisage pas, par exemple, que des « civils » n'adoptent pas tous le même comportement à l'égard des « bredins ». De ce fait, elle ne s'attarde sur les liens entre corps, sexualité, représentations et affects dans la théorie de la connaissance qu'elle postule. Ou plutôt le corps auquel elle fait allusion et qui se trouverait à la base de la représentation

par sa fonction motrice³⁸, n'est pas le corps érotique. Le corps de la connaissance des « civils » n'est pas un corps incarné et vécu. Ce qui nous amène à devoir préciser de quel corps nous parlons quand nous postulons qu'il est le point d'où procède toute connaissance (voir chapitre II).

Dans son analyse inscrite à Ainay-le-Château, D. Jodelet a des objectifs très précis : Elle veut comprendre comment se construit le rapport à l'altérité c'est-à-dire la représentation de ce qui nous est « autre » ou étranger et sur quel type de savoir cette dernière s'appuie. Elle entend démontrer le rôle des représentations sociales dans la construction du rapport à l'altérité et comme fondement du lien social.

En constatant que

« Les transformations de la pratique psychiatrique, avec l'ouverture des hôpitaux, la sectorisation et la thérapie communautaire sont pour beaucoup dans ce changement d'optique qui, pourtant, maintient dans l'ombre le vrai problème du rapport aux malades mentaux : celui de la représentation de leur affection et de leur état, à partir de quoi se construisent leur altérité et leur statut social. » (D. Jodelet, op cit, p 31)

, ce qu'elle entend démontrer, c'est que le savoir scientifique ne suffit pas et ne permet pas de changer le regard porté sur le malade. Si bien que

« Les tentatives de réinsertion sociale des patients « désinstitutionnalisés » révèlent que les communautés manifestent une grande résistance quand ces derniers font nombre. Une saturation rapide du milieu social entraîne leur concentration dans des zones réservées ou progressivement isolées. » (D. Jodelet., op cit., pp 31-32).

Elle propose une interprétation de ce qu'elle pense comme l'échec des tentatives d'insertion sociale des malades mentaux. Elle entend démontrer que dans l'expérience des colonies, ce sont toujours des conceptions anciennes de la psychiatrie et du « traitement moral » qui sont toujours promues parce que les pratiques médicales et les pratiques des nourriciers sont toutes deux infiltrées des mêmes représentations sociales de la folie. Sous les habits neufs de l'ambition sociale de la psychiatrie, circulent toujours des conceptions anciennes de la folie remontant à la psychiatrie asilaire car les représentations sociales de la folie restent

³⁸ D. Jodelet se réfère à J. Piaget et H. Wallon mais non à Freud sur cette question de la base de la représentation.

immuables. Elles constituent des invariants psychosociaux. Elle fait donc un constat sans appel : l'accueil dans les colonies ne permet pas la réinsertion de ces patients, voir même recréé un fonctionnement de type néo-asilaire. Et comprendre ce processus permettrait de saisir comment peut naître un fonctionnement social de type totalitaire, y compris dans un régime démocratique. A cette analyse, Pierre Sans y souscrit également. Il n'est pas en désaccord avec les conclusions de D. Jodelet et au contraire s'appuie beaucoup dessus. Si pour lui, l'A.F.T. fournit une « une loupe concernant la naissance du totalitarisme » (P. Sans, 1997, op. cit, p5), il entend néanmoins examiner l'efficacité thérapeutique du dispositif. Sinon pourquoi y contribuer par son travail quand on est psychiatre ??...

D. Jodelet attribue cet échec aux représentations de la folie innervant notre société. Elle renvoie alors dos à dos les ambitions des expériences italiennes de F. Basaglia et de la sectorisation psychiatrique française. Elle partage pourtant, il me semble certaines conceptions de F. Basaglia, notamment sa vision du fonctionnement et de la vie de la société :

« Le médecin a besoin d'une objectivité sur laquelle appuyer sa subjectivité tout comme la société a besoin de zones de défolement et de compensation ou reléguer et dissimuler ses contradictions. » (F. Basaglia, op.cit, p 111).

Si F. Basaglia (et E. Goffman avant lui) dénonçait la violence des mécanismes sociaux de l'objectivation et d'exclusion de la société dont étaient victimes ses patients, D. Jodelet repère au sein même des familles les mêmes mécanismes, transmis de générations en générations, par les femmes (la fameuse « barrière à poules »³⁹). D. Jodelet a analysé de manière très fine et détaillée des mécanismes et organisations (intrafamiliales et avec les hospitaliers) permettant aux familles nourricières de vivre avec un malade au sein de leur foyer. Les « scientifiques » et les « profanes » partagent les mêmes représentations sociales de la folie infiltrant toutes les pratiques. Les dispositifs de traitement social de la folie seraient chevillés aux représentations sociales de cette dernière et ne dépendraient ni du travail de ceux qui font vivre ces dispositifs, ni de la connaissance de l'objet à traiter. Ma clinique de l'accueil familial diverge des conclusions de D. Jodelet et en partie de celles de P. Sans, même si je

³⁹ Elle décrit dans les maisons une ségrégation, une répartition des espaces et des objets plus ou moins visibles, plus ou moins parqués et formalisés mais qui servent dans tous les cas à maintenir le bredin à bonne distance des membres de la famille et ainsi éviter toute contamination.

peux partager certaines observations⁴⁰. Selon moi, le travail des accueillants familiaux peut être un outil de soin et son analyse peut permettre de mieux connaître et de ce fait, mieux traiter la psychose dissociative. Si des fonctionnements familiaux s'illustrent par la relation d'emprise sur le patient jusqu'à prendre l'allure d'îlots néo-asilaires, c'est par la faillite de la coopération qu'on peut l'expliquer et non en raison de la coopération défensive (voir chapitre III).

Selon moi, il manque à D. Jodelet une théorie du travail, une place accordée à l'économie de la souffrance et du plaisir dans l'activité.

Pourtant l'accueil n'est pas gratuit. C'est un travail encadré par des contraintes organisationnelles, matérielles et sociales. L'un des intérêts de l'étude de D. Jodelet est de s'attaquer à un a priori sur lequel se fonde les discours psychiatriques visant la réinsertion des malades et l'ouverture des hôpitaux psychiatriques: la société civile est naturellement accueillante et tolérante à l'égard de la différence. Elle s'inscrit en défaut de la naturelle bienveillance, de la naturalité de l'accueil de l'autre-que-soi, ce sur quoi je la suis tout à fait. Le problème, c'est qu'en s'attaquant à cet a priori, elle en construit un autre : toute société, tout lien social se fonde avant tout sur la base de la différenciation de ce qui est autre, de l'autre. Toute société humaine contient donc en son sein, par essence, des îlots totalitaires. Pourtant, si le Bien n'est pas un naturel donné, le Mal non plus. L'accueil est chez D. Jodelet, une « situation de coudoisement quotidien avec les malades mentaux » (D. Jodelet, op cit p. 41). Certes, elle parle des relations que les nourricières entretiennent avec l'hôpital et surtout les « infirmiers visiteurs »⁴¹ mais elle n'appuie pas son analyse sur une théorie du travail, et a fortiori du travail en psychiatrie. Parce qu'elle ne fait pas de place à la question du travail de ces nourricières dans sa théorie, il me semble qu'elle manque un élément décisif pour analyser les dimensions morales, émotionnelles et affectives de l'activité décrite. En ne considérant pas l'accueil comme un travail, elle évacue la question de la domination et la question de l'émancipation de ceux qui proposent cet accueil qui pourtant ont des implications dans leurs pratiques (voir chapitre II et III). Ce faisant, elle n'évite pas l'écueil de la condamnation morale de l'accueil familial des malades mentaux prescrits par les médecins. Le Mal chez D.

⁴⁰ L'accueilli reste « comme s'il était un membre de la famille », certaines dimensions de la séparation des espaces, l'analyse de la séparation des linges corporels, le clivage comme principe de cohésion globale, certaines organisations familiales peuvent se structurer comme des îlots totalitaires au sein d'une société démocratique, etc. voir chapitre III.

⁴¹ Des pots de vin ou soudoiment en vue de l'octroi de patients et surtout de « bons patients ».

Jodelet reste dans le champ de la nature et n'est pas considéré comme une pratique ayant sa rationalité propre.

En dernière analyse, D. Jodelet nous dit que les représentations sociales de la folie alimentent les processus ségrégatifs à l'égard des malades. C'est sans nul doute vrai. Les pratiques des nourricières ont bien un sens selon D. Jodelet mais un sens qui ne se comprend qu'au regard d'une représentation sociale de la folie, non au regard de l'intelligibilité de l'action. Je proposerai une idée décalée: et si ces pratiques dans l'espace familial avaient un sens au regard de l'action qu'elles ont à accomplir ?

Et si la pratique précédait la représentation ?

2. Savoir scientifique, savoir profane et représentation sociale de la folie.

D. Jodelet porte son attention sur ce qu'elle nomme les « représentations sociales » qui innervent l'accueil que les habitants d'Ainay-le-Château font à l'Autre, au différent. Ce qu'elle appelle encore les « théories de l'esprit » négligées par la pratique psychiatrique dite scientifique c'est-à-dire une vision de la maladie, plus ancienne, plus archaïque, transmise de mères en filles dans la sphère domestique et qui coexiste avec le savoir scientifique. Cette vision de la maladie serait destinée à permettre le travail avec les médecins et soignants hospitaliers. Si elle relève le fondement pragmatique des savoirs et pratiques des nourricières, la seule intelligibilité qui leur est donnée, c'est la « survie » du corps social face à la nécessité d'intégrer l'altérité.

Son objet ne concerne pas la psychiatrie ou la maladie mentale à vrai dire mais les représentations que l'on peut avoir de cette dernière, qu'on ait une formation scientifique ou non. La colonie d'Ainay-le-Château est envisagée comme un « contexte social » singulier, particulier mais non à partir de ses particularités propres. Une sorte de loupe du fonctionnement social en général.

« Se rapprocher d'un fou, c'est être soi-même près de l'être. Pourtant, l'affection portée à la malheureuse victime était bien conditionnelle. Faut-il donc, pour que l'on s'autorise à dire son attachement, la masquer par l'utilitarisme ? Faut-il, pour éprouver un sentiment de compassion à l'égard

d'un fou, en connaître de l'intérieur la condition ? En tout cas, on est vu comme tel. La « présomption de similitude » que Maisonneuve (1968) compte au nombre des processus projectifs sous-jacents à l'affinité interpersonnelle fonde le jugement social porté sur la personne qui manifeste quelque sympathie pour un pensionnaire. Il est vrai que le dicton dit : « Qui se ressemble s'assemble », mais nous sommes ici au-delà de la simple sagesse populaire. Peut-être sommes-nous en présence d'un de ces « aphorismes sentimentaux » dans lesquels Mauss (*ibid.*, p. 119) repère la forme originaire – et magique – de l'induction traduisant un besoin social, un « état collectif de sensibilité ». La similitude entre le fou et celui qui s'attache à lui tiendrait de la contagion sociale et socialement affirmée de l'anormalité. Enfreindre la règle commune de la distance rompt l'appartenance au groupe, fait basculer du côté de l'anormalité. Dès lors, au déviant comme à l'étranger impur un même destin : la relégation aux marges de la sphère sociale reconnue. Le déplacement de la partition au sein même du groupe, en préserve l'ordre. Dans un autre langage, celui de l'interdit d'affect, l'interdit de contact achève la mise en place de la défense de l'identité collective. » (D. Jodelet, 1989, op cit, pp 276-277)

En somme, c'est la question du soin apporté par ces familles qui reste imposée et c'est précisément sur cette question que P. Sans opère un pas de côté.

Si D. Jodelet a insisté sur la relégation, la ségrégation et l'exploitation des « fous » par les « normaux », on retient moins le second volet de son propos : l'exploitation des familles par l'asile et la question de la domination symbolique. C'est sur ce second volet que P. Sans s'attarde et tente de subvertir par ses actions militantes et ses publications.

Travaillant dans le champ psychiatrique mais dans un contexte associatif (l'association Contadour), il s'interroge sur « le mystère » du soin des familles d'accueil et s'étonne du peu de littérature portant sur le sujet. Ces familles ont des « outils de travail » qui sont pourtant autre chose que la « gentillesse populaire » ou un prétendu « sens inné de l'accueil ». Il ne se satisfait pas de l'explication de ce quelque chose comme un « don » transmis au sein de la famille ou même d'un « fluide ». P. Sans parle à ce sujet de « qualités thérapeutiques sauvages » (1997, op. cit, p193) et de « savoirs profanes » ou encore de « potentialités thérapeutiques spontanées » (1987, op. cit., page 310) présentes dans la population générale, ce qui le situe dans la lignée de ce que J. Favret-Saada décrivait à propos des savoirs populaires concernant la sorcellerie et le « désenvoûtement » de « ceux qui sont pris », qui faute d'être « dépris » par « ceux qui savent » (c'est-à-dire ceux qui ont en eux le don de guérir) arrivent à l'hôpital psychiatrique.

Il distingue pour cela « les savoirs profanes » des « savoirs savants » dont font partie les « savoirs techniques » et les « savoirs scientifiques ». Ces savoirs profanes sont locaux, du cru

et se mêlent aux savoirs populaires. La formation nécessaire à donner aux familles d'accueil serait alors à entendre comme le mélange de ces trois registres de savoir par intermédiaire des entretiens avec le psychiatre/psychologue. Ces savoirs populaires n'entendent pas définir positivement un objet mais permettent de catégoriser la réalité vécue. P. Sans oppose le « savoir profane » au « savoir sacré de la science », en quelque sorte le savoir officiel. De la même manière que D. Jodelet invoque la notion de « représentation sociale » pour donner un sens à la pratique, P. Sans invoque celle de « savoir profane » qui rendrait compte des pratiques rituelles et ritualisantes mises en œuvre par les familles d'accueil. La dimension thérapeutique de la pratique des familles d'accueil se condenserait donc dans la réunion de l'accueil et de la mise en place de « rites de passage » (entre le pur et l'impur, entre la souillure et le sain etc.) permettant aux patients accueillis d'intégrer l'espace social. Elle reposerait sur des pratiques concrètes et orientées non pas vers une défense identitaire groupale mais vers la recherche de ce qu'aujourd'hui certains psychiatres ont appelé la « réhabilitation psychosociale ». C'est à partir de la notion de « rites de passage » que P. Sans entend rendre intelligible la fonction thérapeutique [entendue donc comme socialisation donc] de la vie en famille d'accueil. Les familles d'accueil seraient des « passeurs », tout comme le psychiatre s'occupant d'A.F.T., accompagnant des sujets d'un espace « privé » vers un espace social et socialisé (P. Sans, 1997, op. cit, p110).

Si P. Sans discute D. Jodelet en avançant l'idée qu'elle aurait du intégrer une référence au « rite », c'est-à-dire une référence à l'activité des accueillantes, j'affirme quant à moi qu'il manque à tous deux la référence à une théorie du travail.

Dans sa définition du savoir profane, P. Sans fait néanmoins une place à la question du corps.

3. Corps et travail : De quelle pratique parle-t-on ?

a) Le travail des nourriciers de D. Jodelet et le travail paysan.

Pour D. Jodelet, la pratique des nourricières vis-à-vis des malades ne se comprend pas comme liée aux contraintes du travail exercé. La représentation [sociale] précède la pratique et non l'inverse. Du coup les « connaissances » produites par les nourriciers ne peuvent pas avoir le statut de savoir pour D. Jodelet. Elle les assimile à la « pensée sauvage » de L. Strauss

débouchant sur des « contre savoirs » médicaux et scientifiques. Ce qui reste en suspens, c'est donc la définition de la vérité.

Les colonies d'Ainay-le-Château et de Dun-sur-Auron se sont installées en terres agricoles. Les familles accueillantes travaillaient pour l'essentiel dans des exploitations agricoles quand des nécessités économiques les ont poussées à accepter « l'implantation des colonies ». Ces « cul-terreux », « gens simples » étaient pensés capables d'accueillir ces malades dont la ville ne pouvait plus « bien » s'occuper. Les colonies représentaient à la fois un intérêt économique et en terme « de qualité de vie » pour ces malades dits incurables. Les paysans ont été, et sont toujours pensés comme « détenteurs d'un savoir-faire » avec les personnes malades et/ou difficiles.⁴² Le contact avec la nature et le vivant sensés leur « apprendre des valeurs de la vie ». Et sans doute y a-t-il là des indices de vérité.

Effectivement, les paysans ont à faire avec le vivant et la vie, l'immaîtrisable et l'imprévisible. Ils ont à composer avec l'aléa qui fait partie de leur quotidien. Ils doivent développer des savoirs et des pratiques leur permettant de s'y ajuster. Des savoir-faire de prudence, de tact, de soins destinés à éviter, autant que faire ce peut la catastrophe même s'ils doivent admettre qu'elle reste toujours possible... des savoir-faire ayant à voir avec l'humilité et la modestie.

Cette étude consacrée au travail et aux savoirs paysans, Michèle Salmona y a consacré deux ouvrages et un nombre certain d'articles à partir d'une perspective psychosociologique.

Selon elle, le métier d'éleveur (et dans une moindre mesure celui des jardiniers) amène ceux qui s'y engagent à développer une éthique, des valeurs et des habiletés (passant toujours par le corps vécu et ressenti) spécifique. Aucune affaire de « personnalité » ou d'une « morale naturelle » ni même de conditionnement social.

En tâche de maternage vis-à-vis des animaux qui ne parlent pas mais réagissent (et du coup entrent avec l'homme au travers de modes d'interactions complexes et de communication subtile fondés sur l'incarnation du corps), ils doivent puiser dans des ressources affectives, culturelles et intellectuelles (transmises et développées depuis l'enfance au sein de la famille) tout comme une mère aurait à le faire (M. Salmona, 1994. b, op. cit., p 28).

⁴² Voir les expériences auprès d'adolescents difficiles ou délinquants par exemple.

D'un « coup d'œil » (habileté développée dans la vigilance et dans l'attention portée à la santé du troupeau), ils peuvent reconnaître, diagnostiquer et prendre les décisions nécessaires à la prévention des maladies et à l'homéostasie du groupe. Le côtoiement quotidien et la contrainte à devoir veiller sur la santé de cet « autre-dépendant » les amènent à développer des savoirs affectifs, une « connaissance par corps », pour reprendre l'expression de P. Bourdieu (1980). Il leur faut apprendre à sentir, toucher, observer sans analyser pour faire corps avec cet autre et ainsi ressentir toute modification anormale. C'est à partir de ce ressenti que sont alors prises les décisions et orientées les actions « spécifiques », justes et appropriées. C'est à partir de ce corps commun avec l'autre que peut se représenter l'action à mener et se construire un « savoir sur le vivant ». Ce que B. Spinoza (1671-1675) appelait les « notions communes ». Selon M. Salmona, ce travail exige des « dispositions affectives, des savoirs affectifs précis » (M. Salmona, 1994. b, op. cit., p 100) : la capacité à supporter les gratifications différées et la réalisation d'activités répétitives, la capacité de tolérance à la frustration, la capacité de persévérance etc.

C'est cette prise en compte du travail réel des accueillantes, celui dans lequel elles étaient prises qui aurait permis à D. Jodelet de relever les habiletés nécessaires à ce travail d'accueil ; fournissant ainsi une autre clé d'intelligibilité qu'une naturalisation sociologique. Dans le même mouvement où la science leur dénie des compétences de travail telles que la disponibilité, le tact, le « coup d'œil », la patience, la compassion nécessaires au travail de soin (car cela l'amènerait à reconnaître l'insuffisance du savoir scientifique), elle naturalise ces compétences les empêchant ainsi d'accéder au statut d'objet d'investigation scientifique.

D. Jodelet ne prend pas en compte non plus le rôle joué par les croyances et les pratiques de désenvoûtement relevées par J. Favret-Saada et qui reposent sur une vision du monde et du vivant construites dans le travail paysan. Et pourtant, dans le Berry, non loin d'Ainay-le-Château, les croyances et la sorcellerie étaient présentes. Ce que soulignait J. Favret-Saada, c'est que le désenvoûtement fonctionne comme une thérapie familiale, constituant une autre solution culturelle que la solution médicale (J. Favret-Saada, 1977, op. cit.). Pour les prêtres du Bocage, opposant aux pratiques de désenvoûtement comme les psychiatres, la sorcellerie n'est pas affaire de possession maléfique mais de maladie mentale. Il n'y a pas de discours scientifique sur la sorcellerie, seulement une idéologie⁴³ savante qui prend avantage de la

⁴³ Tout comme ce qui concerne les effets thérapeutiques des pratiques des accueillantes !

sorcellerie pour cantonner un paysan imaginaire dans la place du crédule. Le discours psychiatrique ne fait pas exception. Dans la sorcellerie du Bocage, les thérapeutes sont aussi fous que leurs patients et leur entourage.

D. Jodelet ne s'appuie pas sur une analyse clinique du travail de paysan ou de nourricier. Elle n'accorde pas non plus de place particulière au corps singulier incarné dans l'action. Sans doute que la considération du travail paysan ainsi que des habiletés nécessaires au travail avec le vivant auraient amené D. Jodelet à des conclusions différentes concernant les colonies et le lien social en général.

Le réel de ce travail d'accueil, avec ce qu'il implique d'échec est une véritable source de souffrance. Il peut donc générer des défenses, dont les pires (radicalisation en idéologies défensives) pourraient effectivement prendre une orientation qui irait dans le sens du racisme et de l'exaltation identitaire. Mais réduire l'A.F.T. à cela est une erreur d'analyse, inscrite dans la méthodologie d'enquête, qui ne respecte pas les principes de la démarche compréhensive.

b) Le travail des accueillants familiaux de P. Sans : L'accueil thérapeutique.

Quand P. Sans discute D. Jodelet, il ne part pas d'une discussion méthodologique ou épistémologique. Pour penser la fonction thérapeutique de ces accueillants, P. Sans convoque la notion de « rite ». Selon lui, c'est à partir de cette notion qu'une articulation entre l'image du corps et l'environnement se construit.

« L'image du corps, disait H. Maldiney lors du colloque d'octobre 1999, qui est une expression de G. Pankow, n'est d'ailleurs pas une image, c'est un schéma dynamique spatialisant et qui n'est pas donné en représentation mais en tension. Pourquoi cette tension ? Parce qu'il n'y a pas d'image du corps sans une image du monde. Le corps n'est corps que pour autant qu'il est au monde, qu'il est un organe direct de cette présence au monde, à un monde dont nous sommes le *la*. (...) ce que P. Delion, avec Michel Balat, appellent la fonction métaphorique – consiste à travailler, dans l'équipe, sur l'élaboration et la perlaboration de ce qu'il en est de l'image du corps dans le transfert. » (M. Alapetite, 2007, p8)

« Il est donc évident que les institutions que nous faisons vivre avec eux [les personnes psychotiques] sont autant de milieux saturés en « bouts de corps », ou plus précisément en « pans d'histoires d'images du corps », et qu'il y aura lieu d'en tenir le plus grand compte dans l'organisation des soins : packing, pataugeoire, repas... autant de modalités des rapports entre corps et institutions. On peut dire que tout se passe comme si l'institution était un lieu de rassemblement pour l'image du corps des personnes psychotiques. » (P. Delion, 2007, op. cit., p19)

La possibilité de circuler, d'habiter un lieu permettraient alors de se réappropriier son propre corps. Si ces conclusions, déjà relevées par la psychothérapie institutionnelle et les travaux de G. Pankow, ne me semblent pas à discuter, les chaînons par lesquels la démonstration se constitue sont plus flous. Comment penser l'action spécifique des accueillants familiaux dans ce dispositif ?

Il faut partir d'un préalable. Comme D. Jodelet, P. Sans ne s'appuie pas sur une théorie du corps pensé à partir de la centralité du sexuel. C'est le corps phénoménal, le corps support de l'habitation de l'espace et du temps. Un corps contraint par des habitus et des techniques corporelles. En somme le corps est pensé dans une perspective anthropologique ou à la manière de certains phénoménologues⁴⁴ ; pas comme un corps incarné.

P. Sans tente tout de même de penser la dimension thérapeutique de l'accueil familial ce qui nous rend plus proche de ses conclusions que de celles de D. Jodelet.

Les familles d'accueil restaurent des « rituels détruits dans la schizophrénie » (P. Sans, op. cit, 1997, p 108) ce qui rendrait toute famille potentiellement thérapeutique en soi. On en reviendrait donc à la distinction opérée entre celles qui seraient pathologiques et les autres, dépositaires de « capacités thérapeutiques spontanées ». **C'est en tant qu'institution réglée sur la vie quotidienne et les aléas de ce quotidien, par la prescription de rythmes au corps du patient que la famille produirait des effets thérapeutiques à entendre comme des restaurations de rituels socialisants détruits dans la maladie. Elles contribueraient aussi à la restauration d'une image du corps, par le truchement de l'habitation de l'espace.**

Ce qui est laissé sous silence, c'est la manière dont elles s'y prennent. Comment cette prescription peut être « incorporée » par le patient jusqu'à remodeler son image du corps ? Rien n'est dit non plus sur la question de l'incarnation du corps ce qui le rend vivant dans l'échange intersubjectif.

Ce modèle thérapeutique nécessite un déplacement de l'intelligibilité de l'action thérapeutique sur celle de l'équipe dédiée, ce qui en constitue la limite. Ce qui serait soignant, ce serait la rencontre et surtout la mise en mots de cette rencontre nécessitant un travail d'élaboration que P. Sans attribue à l'équipe dédiée. La convocation du travail soignant pour penser le bénéfice thérapeutique de l'A.F.T. shunte donc la reconnaissance des habiletés

⁴⁴ Un lecteur attentif retiendra notamment les accents heideggériens de cette notion d' « habitation du monde ».

spécifiques développées par les accueillants et se traduit par la disparition du corps des soignants. L'équipe dédiée est en charge de mettre en mots les états du corps de la famille accueillante et du malade :

« Un espace et un temps de liberté sont indispensables à la rencontre, à la créativité, à ce qu'un sens puisse être donné au quotidien, au vécu. Il y a dans la vie des moments ou de l'aléatoire, du hasard, de l'impromptu, de la surprise avec ce qu'ils supposent de risques de malentendus, de lapsus, de ratés sont absolument vitaux » (P. Sans, 1997, op. cit., p68).

Ce qui devient thérapeutique ne peut l'être que par le travail supposé de « métabolisation » des affects apporté par le soignant (surtout le psychologue ou le psychiatre). Sans ce travail de métabolisation des états affectifs dans la parole, pas de bénéfice thérapeutique de l'accueil donc.

Une autre question enfin n'est pas approfondie par P. Sans : la famille en question n'est pas la leur. Si G. Pankow s'appuie sur la structure familiale pour restaurer l'image du corps des patients psychotiques qu'elle reçoit, elle parle de la famille d'origine de ces patients. En A.F.T., la famille dont il est question est une famille étrangère, rémunérée pour une activité encadrée par des contraintes sociales et matérielles. Dans ce que développe P. Sans, on ne comprend pas ce qui explique pourquoi la prise en charge ne pourrait pas se faire par la famille d'origine, supervisée par une équipe soignante et en produisant les mêmes effets.

Là où D. Jodelet récuse un appareil psychique groupal, P. Sans est contraint de revenir sur la théorie des contenants de pensée, notamment celle développée par W.R. Bion. La première parle d'un méta-organisme, le second parle d'une sorte de méta-appareil psychique sans que l'on comprenne mieux comment le travail de métabolisation ou plutôt de mise en récit des états affectifs du patient et de la famille accueillante puisse déboucher sur des transformations subjectives pour le patient accueilli. On ne comprend toujours pas les voies par lesquels la transformation subjective s'opère chez le patient. Pour P. Sans, le quotidien n'est pas bête, les familles pensent. Mais pour comprendre le processus, il faut en passer par une explicitation des liens entretenus entre le corps et la pensée qui ne peut pas se limiter aux notions de métabolisation, de symbolisation ou de représentation (chapitres II, IV et V).

D'un modèle naturel à un modèle en termes de « compétences spontanées », les perspectives naturalisantes perdurent, nous empêchant de comprendre « comment ça marche ».

Les conceptions de D. Jodelet et celle de P. Sans restent prises dans une certaine critique à l'égard de la psychiatrie mais aussi dans une certaine conception ou « représentation sociale » de la famille et de la mère de famille non explicitée.

Même si « l'amour ne suffit pas », pour paraphraser B. Bettelheim, chez P. Sans comme chez D. Jodelet, on ne traite ni cette question ni celle de l'ambivalence ni de celle de l'affect alors que ce sont des parties importantes de ce qui va différencier une famille d'accueil et une famille d'origine, en dehors des liens de parenté. Ce faisant, la convocation des apports des théories du Care ont permis de souligner comment ce qui semble naturel et spontané s'appuie en réalité sur des processus, des habiletés individuelles et collectives complexes. Elles conduisent P. Molinier (dans une première partie de son travail précédant la publication de son ouvrage de 2012 consacré au travail de Care), à la suite de C. Dejours (2002, op. cit. ; 2009) à distinguer et mettre en opposition amour et travail.

« Le Care n'est pas moins un travail et doit être distingué de l'amour. » (S. Laugier, P. Paperman et P. Molinier, 2009, p 446)

Pourtant si on se réfère à la définition du travail vivant et de la subjectivité soutenues par C. Dejours, on peut considérer que l'amour, entendu comme l'attachement du côté du pourvoyeur de soin, loin d'être spontané et immédiat, procède d'un travail intrapsychique lié aux expériences corporelles vécues. Ce qui nous amène à devoir discuter les notions d'attachement, de Care, de soin et devoir construire une théorie de l'amour, non naturaliste, compatible avec la conception psychanalytique de la subjectivité. Cela n'est possible, à mon sens, que par le truchement d'une référence au travail vivant (chapitre IV).

Pour conclure provisoirement et introduire la suite...

Le bilan des colonies n'est pas noir... Dans un récit autobiographique, Paul Sivadon raconte sa surprise, quand après son internat dans la Seine, il est nommé en 1936 médecin-directeur de la colonie d'Ainay le Château :

« Des malades que j'avais connu en milieu asilaire délirants ou inhibés se transformaient en quelques semaines, après avoir été plongés dans ce bain très particulier, fait de relation avec la nature, et avec un milieu familial simple, peu exigeant, volontiers indulgent aux superstitions et à la pensée magique dont il est lui-même imprégné. ».

Cette expérience contribua à faire de P. Sivadon un des promoteurs de la psychiatrie sociale d'après-guerre. Encore faut-il en passer par l'exégèse de la pratique.

Le glissement du statut des patients de malade à handicapé a amené à ne plus s'interroger sur les mesures et conditions permettant un changement ou une transformation subjective mais à proposer un ensemble de mesures « orthopédiques » (M. Sassolas, 2012, p9) pouvant améliorer la manière dont le patient vit son handicap, voir lui permettant de se « rétablir »⁴⁵.

Nous ne pouvons que pointer le glissement actuel sur le terrain du soin en psychiatrie : la tentation est grande de considérer la psychose comme un ensemble de signes formant un handicap social plus que comme une maladie ayant sa rationalité propre et face à laquelle il s'agit de préconiser des « mesures thérapeutiques ».

L'A.F.T. est pris précisément dans ces questions-là : comment considérer l'A.F.T. comme une mesure thérapeutique et non comme une mesure sociale ? La question de l'hébergement et du « toit » à donner peuvent être une mesure de soin et non « médico-sociale » comme le montrent les travaux de V. Kapsambélis (2012) auprès de patients atteints de psychoses « à évolution catastrophique ». La psychiatrie peut-elle s'accommoder de cet écartèlement entre « orthopédie sociale » (M. Sassolas, op. cit, 2012, p11) et « orientation thérapeutique » sans rompre ? Sans doute au prix des souffrances et d'une crise profonde.

Comme le souligne V. Kapsambélis (2010) mais aussi d'autres auteurs, la crise rencontrée par la psychiatrie est complexe. Selon lui, elle est de trois ordres et liée pour une part à des changements sociétaux. Il nous parle d'une crise sociale, économique et doctrinale.

Sans vouloir minimiser les des premières (sans nul doute liées à la troisième), c'est pourtant que la crise doctrinale qu'il me semble important de revenir.

Cette nouvelle doctrine réduit la pathologie mentale à une affection qui « touche le cerveau qui loge chez un citoyen par ailleurs sujet de droit » (V. Kapsambélis, 2010, op. cit, p 444) nous ramenant au débat classique et daté qui avait condamné l'élection du psychisme au rang de champ d'investigation scientifique. Cette crise majeure a aujourd'hui un impact très important sur le fondement de l'organisation en secteur et sur la place laissée à la psychanalyse dans le soin psychiatrique.

⁴⁵ A ce propos, on note les recherches actuelles concernant les « savoirs expérientiels » en médecine et en psychiatrie dans lesquels figurent en bonne place la question du rétablissement et de l'empowerment. Je ne citerai qu'à titre d'illustration les publications et recherches de B. Pachoud (2012).

La crise doctrinale est donc avant tout une crise épistémologique.

Cette crise est générée moins par le poids pris par un modèle organiciste⁴⁶ que par un modèle gestionnaire (plus positiviste que les positivistes !) qui a redéfini les critères de ce qui est évaluable de ce qui ne l'est pas, de ce qui est reconnu comme existant ou non.

Un modèle gestionnaire et non un modèle organiciste : la maladie devient affaire de gestion individuelle de symptômes ou troubles pouvant être traités séparément les uns des autres. La maladie n'est plus comprise comme un système de signes à traiter comme un ensemble. Exit alors la référence à un quelconque travail tant du côté du patient que du côté soignant. Des troubles séparés, différenciés, « cotables » et du coup « évaluables » indépendamment de tout critère qualitatif d'ensemble. C'est bien sur ce point que se cristallisent les controverses autour du DSM V. Ces troubles circonscrits pouvant alors se définir en critères de gestion auxquels correspondront des « actes » déterminant les enveloppes budgétaires à allouer. Le fondement scientifique de la tarification à l'acte est posé.

La psychiatrie de secteur qui a été le support, le moyen et l'objet des luttes militantes visant la destigmatisation sociale des malades mentaux (et de ceux qui prennent soin d'eux) est aujourd'hui en crise et menacée. Il y a donc des enjeux importants à relever dans la reprise des points d'achoppements théoriques concernant la psychose et son traitement et qui nous ont conduits, pour partie, à ces crises de la psychiatrie et de la psychanalyse. Menacée par la standardisation, la promotion des « bonnes pratiques » ou encore l'inflation de la protocolisation, la psychiatrie a fort à gagner dans l'analyse des pratiques résistantes à toutes ces possibilités de réorganisations gestionnaires. Et c'est le cas il me semble de l'A.F.T.

Quant à la psychanalyse, confrontée au risque de sa dilution dans le champ de la psychothérapie ou de son éviction des propositions de soins à l'hôpital, elle se doit de repenser les modèles théoriques qui l'ont construite au spectre du principe qui l'a fondée : la centralité du sexuel en matière de compréhension du fonctionnement humain.

A la fin des années 80, on aurait pu rêver à une possible entente entre familles et thérapeutes, si tout n'avait pas pris place dans un contexte global de crise, tant du côté de la psychanalyse que du côté de la psychiatrie. Dans les textes qui régissent la psychiatrie, la famille, autrefois inexistante ou toxique, se trouve aujourd'hui réduite à un *rôle* et une *fonction*. Elle est devenue le lieu de « relocalisation du patient » (N. Carpentier, 2001, op. cit) sans que pour autant

⁴⁶ Qui explique certes pour partie la « médicalisation » de la pratique psychiatrique mais qui ne peut pas expliquer l'ensemble de la crise dans laquelle cette dernière se trouve plongée.

soit examiné le travail des individus qui la composent et nécessaire à l'incarnation de ces rôles et fonctions.

C'est en opposition avec cette solution inefficace et pathogène que l'A.F.T. peut s'inscrire.

L'A.F.T. est un soin et non un hébergement.

Reconnaître l'activité d'A.F.T. comme un travail spécifique a pour conséquence de réinterroger la famille en tant qu'institution mais aussi ce que l'on entend par « rôle » et « fonction » à partir de considération de la centralité du travail maternel. L'analyse critique du travail de soin en A.F.T. permet de nourrir une anthropologie psychanalytique de la famille mais implique une redéfinition en psychanalyse, à partir des apports de la psychodynamique du travail de ce qu'on appelle le maternel et de ce qu'on entend par Mère.

Chapitre II – De la démarche à la méthode

« La valeur d'une pensée se mesure aux distances qu'elle prend
avec la continuité de ce qui est déjà connu. »

T. W. Adorno, *Minima Moralia*

I) Une démarche théorico-clinique

Le préalable de toute recherche est de définir son objet et ce fut sans doute la partie la plus longue de ce travail de thèse engagé bien avant les quatre années effectives d'inscription.

1. Un objet complexe et articulé.

L'objet de cette recherche n'est pas seulement la psychopathologie de la psychose, la question de son étiologie ou même encore des liens de causalité qui pourraient être supputés entre relations familiales et décompensation psychotique. L'enjeu de cette thèse concerne le soin de la psychose dissociative bien plus que la question de son origine même si l'analyse du travail de soin effectué par les familles d'accueil thérapeutique (chapitre III) nous permet de formuler quelques éléments de compréhension à ce sujet (chapitre V). Elle se veut proposer des hypothèses concernant le fonctionnement de la pathologie et son soin, à partir de l'analyse du travail thérapeutique engagé dans cette situation clinique atypique qu'est le placement en famille d'accueil thérapeutique. L'objectif est moins d'expliquer la genèse des psychoses dissociatives - dont on sait aujourd'hui qu'elle est multifactorielle et en partie liée au corps biologique - mais de comprendre comment les malades peuvent « s'émanciper de leur psychose » pour reprendre l'expression de Christophe Dejours ; comment peut-on les stabiliser, voire réinterroger la question de la guérison de la psychose ou tout au moins le chemin menant à « *la plus petite aliénation possible* ». Cette recherche se positionne avant tout comme une démarche scientifique et argumentative fondée sur les principes de la démarche compréhensive, et non sur ceux de la démonstration expérimentale.

La psychose dissociative qui nous intéresse ici, certes se caractérise par des éléments délirants et hallucinatoires mais surtout par la dissociation psychique et les troubles de la pensée.

Si nous définissons la psychose dissociative comme un trouble de la pensée, encore faut-il définir ce que nous entendons par « pensée » et les liens à établir avec la connaissance. Les patients dont nous allons parler dans ce travail manifestent tous des troubles du cours de la pensée et du discours mais aussi des troubles ressortissant à la sphère praxique. Apragmatiques, ils ne parviennent pas à organiser leur pensée, coordonner à la fois la séquence de gestes requis dans une action, les gestes eux-mêmes mais aussi la coordination d'une action avec un but. Ils ne se lavent pas correctement par exemple (au lieu de commencer par le haut du corps, ils peuvent commencer par le bas alors même qu'ils sont allés aux toilettes avant la douche...). Ils réalisent des actions de manière mécanique et désincarnée les confrontant ainsi à l'échec et à la maladresse, parce que leur action ne se réfère pas au contexte dans toute sa densité et sa complexité.

Ce sont des patients abouliques (perte d'envie de faire les choses et d'entreprendre), apathique parfois (perte ou absence de la possibilité de « souffrir » c'est-à-dire d'être affecté, d'endurer et/ou de ressentir) donnant l'impression à l'interlocuteur d'être confronté à un corps vide ou tout au moins inhabité, incapable de « ressentir la vie en lui » nous dirait Michel Henry.

Michel Henry définit la vie d'un point de vue phénoménologique comme ce qui possède la faculté et le pouvoir de « se sentir et de s'éprouver soi-même en tout point de son être » (M. Henry, 1987, p15). Pour lui, la vie est essentiellement force et affect, elle est par essence invisible, elle consiste en une pure épreuve de soi qui oscille en permanence entre la souffrance et la joie, elle est un passage toujours recommencé entre les deux (M. Henry, 1990, paragraphes 52-70). La pensée n'est pour lui qu'un mode de la vie car ce n'est pas la pensée qui nous donne accès à la vie, mais c'est la vie qui permet au sujet par la pensée d'accéder à lui-même (M. Henry, 2000, p129).

La vie se définit donc comme affectivité, liée aux « savoirs élémentaires du corps » c'est-à-dire ce que le philosophe appelle les « pouvoirs d'agir » du corps. La pensée naît de ces pouvoirs d'agir du corps. Dans cette perspective, **penser à toujours pour objet premier les états et expériences du corps.**

Un lecteur attentif entendrait là les mêmes locutions retenues dans le courant de l'empowerment. A la nuance près que la référence au corps est différente. Si le courant de l'empowerment se réfère à un corps, il n'est pas non plus celui de la psychanalyse, construit au décours des relations parent-enfant.

Pourtant ces pouvoirs d'agir du corps, l'enfant ne les développe pas seul. L'autre soignant et protecteur joue ici un rôle primordial et décisif.

Le corps engagé dans la relation à l'autre n'est pas seulement un corps biologique ou instrumental. C'est aussi et surtout un corps qui sent, ressent. Un corps qui touche et qui est touché. C'est un corps affecté et cette affectivité est en jeu comme guide, soubassement de nos échanges intersubjectifs. La morale ne peut s'inscrire que dans un contexte humain où l'affectivité entre en jeu (qu'elle guide nos actions ou qu'au contraire son éviction les infiltre). C'est le corps érogène et érotique de la psychanalyse. Si bien que les troubles de la pensée ne peuvent dès lors se comprendre qu'à l'aune des enjeux intersubjectifs de la relation de soin primaire. La rencontre avec l'adulte et la rencontre avec le corps propre se font par l'entremise des soins apportés à ce corps d'abord chose puis chose à soi avant de devenir le corps subjectif ou corps-soi.

« C'est ainsi que le complexe d'association perceptive, qui se constitue au contact de l'être humain proche, se sépare en deux constituants dont l'un s'impose par un ajustement constant et forme un ensemble en tant que *chose*, alors que l'autre est compris par un travail de remémoration, c'est-à-dire qu'il peut être ramené à une information du corps propre. Cette décomposition d'un complexe de perception, c'est ce que l'on appelle reconnaître. » (S. Freud, 1895, p640)

En d'autres termes, la connaissance d'un objet n'est possible que dans un ajustement réflexif en identité de perception avec ses propres expériences sensorielles, c'est-à-dire se reconnaître soi-même. **La connaissance ne peut donc procéder que du corps engagé dans la relation.**

Si bien que nous posons que la cognition n'est pas la production du seul cerveau mais bien du corps pris dans la relation érotique à l'autre. Si l'on admet cette conception de la cognition comme étant une production du corps, cela a des implications sur toute la méthodologie de la recherche scientifique et sur la théorie de la connaissance qui sous-tend la méthodologie. Toute connaissance passe par le corps. Toute méthodologie de recherche portant sur les modalités soignantes est alors contrainte de passer par la compréhension des vécus affectifs des protagonistes de la relation étudiée.

2. De la scientificité de la connaissance.

Dans les conceptions classiques, la scientificité d'un énoncé ou d'une théorie sont débarrassées de la subjectivité de l'agent pour être réduite à une prétendue pure objectivité. Elles se sont accompagnées d'une définition a priori et transcendantale du bien et du mal déclinée par des normes établies pour déterminer les pratiques. Cette conception transcendantale ne laisse aucune place à l'expérience et à l'expérimentation. On en trouve les sources dans la théorie platonicienne de la connaissance. Pour Platon, dans *le Théétète*, le monde se fait connaître de manière binaire, à partir de la distinction entre le monde sensible, changeant, en perpétuel devenir (et pour lequel aucune connaissance vraie n'est possible) et le monde intelligible, des Idées, éternelles et immuables ; le monde des invariants et du Bien, posé comme principe immuable et catégoriel.

Pour Socrate, les sens, méprisables, importunent le penseur et l'homme moral en l'incitant à la passion ou encore au plaisir immédiat, en le détournant du Bien. Il faut s'en affranchir autant que possible : c'est la condition première de la possibilité d'une connaissance et d'une véritable moralité. La connaissance pour Platon, serait non-sensible et son objet serait le concept, le savoir conceptuel. Ces concepts ne sont pas tirés de notre expérience mais au contraire nous les introduisons, nous les appliquons à l'expérience - a priori - pour lui donner sens et cohésion. Nous les aurions en nous. A ces concepts correspondent des objets, immuables comme les concepts eux-mêmes. Comme aux perceptions particulières correspondent des objets particuliers, de même, aux concepts universels, correspondent des objets « universels » - ce que Platon appelle « les Idées ». Elles ne sont absolument pas des représentations subjectives. Il y a donc un monde autre que le monde connu par les sens, c'est le monde intelligible, le monde supra-sensible, bref le monde des Idées, liées entre elles et unifiées par l'Idée des Idées, c'est à dire celle que tout suppose mais qui n'a besoin d'aucun présumé : le « souverain Bien ».

R. Descartes, considéré comme le père de la science moderne, reprend cette théorie de la connaissance platonicienne. Tous deux critiquent la perception et considèrent que le jugement vrai ne peut pas renvoyer au sensible. **Chez Platon comme chez R. Descartes, le sujet connaissant est alors en place d'un savoir déposé, extérieur à lui et non référé au réel rencontré.**

Selon R. Descartes (1641), l'homme a en lui l'idée d'Infini, somme de toutes perfections et de toutes réalités. Mais l'homme, de par sa nature imparfaite - c'est-à-dire cette substance pensante qui doute et qui désire - ne peut pas en être l'auteur. **Cette idée n'est pas une**

construction de notre esprit à partir d'éléments de l'expérience. Elle suppose l'existence d'un être parfait, auteur et détenteur de l'idée d'Infini.

Dans la conception cartésienne, puisque tout effet a une cause et que la cause n'a pas moins de réalité que l'effet, il faut que cette idée de l'infini soit causée par quelque être parfait qui en est le véritable auteur : Dieu. Donc Dieu existe. Dieu existe, et l'Idée de l'infini est la marque qu'il a laissée. D'après R. Descartes, cette idée nous est donc innée : dès que je pense, la clarté et l'évidence de ma faculté de penser me font concevoir que Dieu existe.

Néanmoins, l'innéité de l'Idée ne veut pas dire qu'elle me soit donnée immédiatement : elle se développe en nous avec notre pensée, pour devenir une intuition. L'existence de Dieu étant assurée, R. Descartes pense posséder maintenant une certitude solide pour fonder nos connaissances. Le fondement de ce raisonnement est le principe de causalité.

Mais comment la connaissance devient-elle possible par la certitude de cette idée innée qu'est l'infini ? Un être imparfait se trompe et peut être trompé. Un être parfait ne trompe pas, car la tromperie participe du défaut, et on ne peut l'attribuer à Dieu sans contradiction. Si Dieu existe et que par des idées innées je participe à sa perfection, alors l'erreur n'est plus le résultat d'un défaut ontologique - le « malin génie », l'impossibilité radicale de toutes connaissances - mais elle provient uniquement de la finitude de mes facultés.

Qu'est-ce donc que la connaissance ? Dans les conceptions platoniciennes et cartésiennes, c'est connaître l'ordre et les lois de la nature par notre participation à la perfection divine. L'objet de la connaissance, c'est donc la vérité pleine et immuable. Mais cette théorie de la connaissance ne se soutient que sur le fond du dualisme âme/corps et référé à un extérieur, une transcendance auteure de la Vérité. Le cogito établit le critère de vérité subjective et situe la pensée dans l'âme et non dans le corps. Le corps ne pense pas chez Descartes ; au contraire, il induit en erreur et détourne de la vérité.

A cette théorie de la connaissance on peut opposer celle d'Aristote pour qui l'âme se compose aussi d'une forme d'intelligence pratique et sensible et mettant en jeu les habiletés du corps, la *Métis* (M. Détiéne et J.-P. Vernant, 1974).

Dans la Grèce Antique, la *Métis* n'est ni la sagesse ni la prudence, elle est la mère de toutes les combines. C'est l'incarnation de l'intelligence pratique, inséparable de la notion d'habileté.

Cette forme d'intelligence donne naissance à des tricheries, des bidouilles, des astuces, des ficelles. Ainsi, la *mètis* est essentiellement une intelligence rusée qui permet d'improviser, d'inventer des solutions, de trouver des chemins insolites, dans des situations nouvelles, inconnues, inédites. C'est aussi une intelligence qui repose sur l'épargne de l'effort, en usant s'il le faut de la tricherie au jeu ou au combat (comme par exemple David contre Goliath). La *mètis* se préoccupe surtout de l'efficacité et prend des libertés avec les règles. L'accent est mis sur l'efficacité pratique, la recherche du succès dans un domaine de l'action, le pragmatisme. C'est une intelligence préoccupée par le résultat obtenu, sans considération pour les moyens utilisés pour y parvenir. En conclusion, la *mètis* permet d'improviser, d'inventer des solutions, de trouver des chemins insolites. Les Grecs disent que c'est une intelligence courbe, c'est-à-dire qui ne suit pas les voies traditionnellement tracées par la logique. **La Métis est fondamentalement une intelligence du corps, en lien avec la sensibilité, l'habileté. La connaissance ne peut advenir que de l'implication du corps subjectif engagé dans le monde à connaître. Par conséquent nous devons considérer que l'intelligence ne se définit pas par des facultés cognitives car elle se construit et vit dans le rapport aux autres et au réel, à partir de l'expérience du corps.**

En médecine, pour C. Bernard, reprenant la théorie platonicienne de la connaissance, la notion d'expérimentation introduit l'antériorité de la théorie sur l'expérience. La formulation des hypothèses précède le contrôle de ces mêmes hypothèses par la mise en place du dispositif expérimental (C. Bernard, 1865). **La science se doit de répondre à un besoin d'explication de la nature des phénomènes, en cherchant à établir des rapports universels entre eux. Elle se constitue à partir d'énoncés sous la forme de lois ou de théories répondant à des critères de validité et de vérité, en vue de justifier la prédiction des résultats grâce à l'observation ou à la maîtrise expérimentale.**

Selon cette théorie, rien n'existe hors du domaine du mesurable ; connaître, c'est reconnaître c'est-à-dire dégager des similitudes et des domaines d'homogénéité. La médecine en tant que science du vivant (et non pas seulement du biologique), si elle veut être une science doit donc selon ces principes donner des critères, établir des classifications et mesurer des signes pour déterminer des seuils qualifiant le pathologique et le sain définissant la vie. Ce n'est qu'ainsi qu'une maladie peut être définie. Mais en sciences humaines, le critère épistémologique validant la solidité d'une connaissance théorique n'est pas la reproductibilité expérimentale mais le critère heuristique.

En médecine psychiatrique, cette conception du pathologique prête à discussion, depuis déjà bien longtemps, notamment chez G. Canguilhem (1943). En effet, la méthodologie expérimentale, même si elle permettrait d'asseoir des bases de catégorisation du normal et du pathologique, n'accorde que peu de place à la nouveauté, à l'exception ou encore à la singularité. Elle pose ensuite la maladie comme un fait de nature et non comme pouvant subir l'influence ni même prendre sa source dans l'intersubjectivité. Si on pousse le raisonnement, elle ne permet donc pas de concevoir la relation intersubjective comme un soin. Enfin si cette méthodologie peut définir des signes de la maladie, elle ne permet pas de comprendre le vivant malade et encore moins la vie ; non accessible à partir d'une méthodologie expérimentale, restant alors, pour reprendre la célèbre formule R. Leriche en 1937, « dans le silence des organes ».

Cette théorie de la connaissance fait l'impasse sur l'analyse du sujet connaissant. C'est une théorie de la connaissance sans sujet. Même à considérer que la connaissance vraie doit en passer par une distance avec la subjectivité du sujet connaissant, elle ne dit rien du processus aboutissant à l'avènement d'un objet dont on prétendrait qu'il est objectif et dégagé de tout point de vue partial, de tous biais. Mais ce réel, objet de l'investigation scientifique, c'est ce qui se fait connaître comme un échec pour le praticien, ce qui remet en cause la technique et après elle, la théorie. C'est donc par l'échec que se révèle la vérité. Elle ne se révèle que par la négative ; par l'échec et la réfutation d'une théorie. Le réel est donc ce qui fait surgir de nouveaux problèmes scientifiques, c'est ce qui met en crise, ce qui déstabilise les certitudes et rompt le sol de l'évidence, à la source de ce que S. De Mijolla appelle le « besoin de savoir »⁴⁷ (2002). En bref la clinique elle-même.

Le réel et l'expérience affective qui l'accompagne mettent au travail en saisissant l'ensemble de la subjectivité, par le corps. Il n'y a donc pas de connaissance qui ne passe

⁴⁷ Je fais référence aux développements de S. de Mijolla-Mellor qui, à partir des notions d'engramme et de pictogramme de P. Aulagnier parle d'un *besoin* de savoir et de causalité et non de *pulsion* comme le fait Freud. Le savoir, s'il était lié à un besoin et non au sexuel se verrait rattaché à une nature humaine, sous le primat d'une nécessité quasi développementale. Je ne souscris donc pas à cette partie-là des conclusions de S. De Mijolla-Mellor car elles font l'économie de la question du travail, de la mise au travail de la psyché, même si elles l'effleurent. S. De Mijolla-Mellor semble situer l'origine du savoir dans un « en-deça du sexuel infantile », comme s'il y avait une précession d'un registre sur l'autre. Je ne peux ici que mentionner ces théories sans pousser plus avant l'analyse qui nécessiterait de faire un travail sur la notion de savoir dans l'œuvre de S. Freud (ses liens avec la sexualité et « le produit de l'urgence de la vie » que sont pour lui les théories sexuelles infantiles c'est-à-dire les premières théorisations) mais aussi dans les travaux de M. Klein et de W. R. Bion.

par un « travail vivant »⁴⁸, qui est fondamentalement subjectif, passant par l'engagement du corps. La subjectivité est non seulement première par rapport à l'objectivité mais en plus, elle est la condition sine qua non de la révélation de la vérité et de l'invention de nouvelles connaissances revêtant un statut scientifique.

Le travail subjectif, vivant n'est donc pas à écarter mais est au centre même de la connaissance scientifique. Revendiquer la scientificité d'une démarche ou d'un énoncé ne peut pas se limiter à une posture positiviste.

Chercher ne peut donc pas se faire de manière positiviste.

Chercher et connaître ne peuvent se penser dans l'économie des valeurs et des jugements de valeur du sujet connaissant et du sujet à connaître.

La connaissance du pathologique, dans son altérité et son hétérogénéité, loin d'être mesurée avec objectivité repose sur une perception individuelle et/ou sociale d'un état jugé et ressenti comme anormal. Mais pour ce faire, **le praticien a besoin également de se référer au sens intime de ce qui définit le normal et le pathologique. Ce sens intime, il le tire non pas de l'idée universelle du Sain ou encore du Normal ou même du Pathologique mais de l'éprouvé de la vie en lui.** L'énoncé d'une maladie est donc l'expression d'une subjectivité et non celle d'un fait biologique indiscutable. **Ce qui est premier dans la définition du pathologique, c'est le jugement de valeur au sens de J. Dewey**⁴⁹.

Valeurs qui peuvent être tenus pour des faits scientifiques par une méthodologie d'« enquêtes ». **Pour J. Dewey, les valeurs sont des faits.** Les valeurs sont des qualités attribuées aux choses, des propositions qui doivent être soumises à enquête. Dans ce cadre ne sont plus opposées les normes entendues comme universelles et les valeurs entendues relatives. Il y a « une objectivité des valeurs » et cette objectivité apparaît à travers les enquêtes et les expérimentations auxquelles sont soumises les valeurs. (J. Dewey, 2011, p10). Elles ne sont pas liées à des groupes et ne peuvent pas être taxées de relativistes. **La prise en compte des valeurs dans l'établissement du fait scientifique et de la vérité ne peut plus être taxée de relativisme.** Dans cette perspective, penser la rationalité d'une action suppose d'affirmer qu'il y a une interaction entre fin et moyen. L'action ne peut pas se penser

⁴⁸ Expression de K. Marx mais dont on retient l'acception qu'en retient C. Dejours (2009).

⁴⁹ Dewey J. (1918-1944), *La formation des valeurs*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2011.

dissociée de « la fin-en-vue ». Dans cette perspective, toute action comporte de manière intrinsèque une dimension morale. L'analyse d'une l'action impose la prise en compte de la dimension morale intrinsèque à la-dire action. « La « fin-en-vue » est l'activité particulière qui œuvre comme facteur de coordination de toutes les activités engagées. Le jugement de valeur est un jugement pratique et créatif puisqu'il crée de nouvelles « fin-en-vue » et transformatif, c'est-à-dire qu'il transforme notre façon de voir les choses et de les valoriser. Tout jugement de valeur a donc des incidences sur notre action sur le monde. Comprendre, accéder à l'intelligibilité d'une l'action menée par un sujet impose la prise en considération des jugements de valeurs qui ont sous-tendu son action⁵⁰.

Cela ne conteste pas la teneur objective de l'entité « maladie » mais cela introduit la dimension nécessairement subjective et contextualisée dans le processus aboutissant à la constitution du fait scientifique. Il n'y a de vérité que prise dans un certain environnement, un certain réel, un certain cadre de pensée. Sur ces points, nous rencontrons tout à fait les questions axiologiques et éthiques soulevées et traitées par les théories du Care.

« La perspective du care, à la différence d'autres analyses des émotions intègre cette dimension épistémique comme un corollaire des attitudes et des activités pratiques qui sont premières. Connaissance et compréhension morales adviennent, non de surcroît, mais comme un aspect d'une attention sensible, active à autrui. » (S. Laugier, P. Molinier et P. Paperman, 2009, p 96).

Dans une telle perspective, l'action guide la théorie. La théorie sert d'hypothèse tout en permettant de mieux comprendre l'ensemble des conséquences de nos actes. La théorie n'a rien d'un impératif transcendantal. La pratique ne se conçoit pas comme l'exécution simple de normes ou de « bonnes pratiques » mais le *primum movens* de la constitution de la connaissance scientifique. Le progrès ne se définit pas seulement par l'accumulation de connaissances mais aussi par la réfutation et la démarche critique rendues nécessaires par le surgissement de l'inattendu, de la surprise, de l'étonnement.

Il n'y a donc pas de connaissance sans action sur le monde. Il n'y a pas de connaissance psychopathologique qui ne se pose pas en lien avec la question de la technique thérapeutique. Toute connaissance vraie provient d'une action sur le monde. Sans omettre que toute vérité est de l'ordre de la réfutation. La seule

⁵⁰ Ce qui est juste également du côté du scientifique...

connaissance vraie est donnée par le réel, via le travail vivant, c'est-à-dire par la mise en échec d'une connaissance prédonnée. Donc cette connaissance vraie est une connaissance en creux... qui se mute en exigence de travail pour produire une nouvelle connaissance plus juste ou moins fausse.

« La source première de notre connaissance est l'expérience » nous disait G. W. F. Hegel (1809-1816). C'est une idée présente aussi chez K. Marx ou encore F. Engels mais aussi chez J. Dewey : s'il n'y a pas d'expérience, il n'y a pas de connaissance.

L'expérience, selon J. Dewey, rassemble et combine la totalité de nos interactions avec notre environnement. Mais cette expérience n'est jamais passive : il n'y a pas pour lui d'un côté le monde et de l'autre la conscience, qui enregistrerait les phénomènes du dehors. Au contraire, toute expérience et toute existence sont constituées par des interactions, des façonnements réciproques, des « transactions ». Selon lui, tout est continuellement en train de se faire. Du coup, c'est aussi l'idée-même de vérité qui change : nos idées, nos critères moraux, esthétiques ou politiques ne constituent pas des données éternelles et immuables. Ils résultent d'échanges et sont en perpétuelle évolution. Le fait scientifique ne se situe pas dans l'invariant conceptuel ou catégoriel, comme la notion de « représentation sociale » de D. Jodelet (1989, op. cit.) me semble se situer par exemple.

J. Dewey considère l'« expérience [comme] le socle commun et indifférencié à partir duquel l'existence se différencie, en acquérant les formes qu'elle revêt sous l'effet de la vie sociale et du langage. » (1925). En somme, l'expérience permet de surmonter les dualismes (théorie, pratique, etc.) tout en rendant compte de la multiplicité des situations.

« L'objectif principal de la théorie de l'action de Dewey est de dissoudre les oppositions traditionnelles de la production et de l'action, de l'éthique et de la technique, des arts utilitaires et des Beaux-Arts, du travail et du jeu, du travail et du loisir, de la pratique et de la théorie. Il attribue au travail une centralité psychologique par ses effets formateurs d'ordres affectif, moral et intellectuel. » (E. Renault, 2012, p127).

Selon J. Dewey, **l'expérience est constituée pratiquement avant d'être thématisée cognitivement**. Il y a préséance de l'activité pratique sur la connaissance théorique. C'est seulement parce que nous nous trouvons dans une situation de blocage de nos interactions avec l'environnement que nous nous élevons de façon réflexive, à un rapport cognitif avec l'expérience en vue d'analyser la nature du problème et y trouver une solution.

« L'intelligence a la contradiction pour origine et le dépassement des contradictions pour objectif » (E. Renault, op cit., 2012. p 127).

« La condition qui est antérieure et qui suscite tout exercice du connaître réflexif est toujours celle d'une discordance, d'une lutte, d'une « collision ». La discordance appelle et contrôle le connaître réflexif » (J. Dewey, 1907-1909, pp72-72 cité par E. Renault, op.cit 2012)

La confrontation avec une butée, un obstacle dans la rencontre avec le monde, non seulement convoque mais aussi guide la pensée. On en conclut que l'un des premiers temps de la démarche théorique n'est pas la réfutation de la théorie (comme le soutient C. Bernard) mais la production d'hypothèses (auxquelles appartiennent les jugements de valeur) reposant sur l'observation constituant la « situation indéterminée », c'est-à-dire le doute (J. Dewey, 1938). Pour qu'il y ait « enquête », c'est-à-dire démarche de recherche et de compréhension, il faut qu'il y ait une situation incertaine, douteuse. La finalité de l'enquête étant alors de supprimer le besoin du doute... jusqu'à ce que de nouvelles observations et expériences rétablissent une nouvelle « situation indéterminée ». **Ainsi donc la connaissance procède du doute et la pensée se fonde dans l'expérience.** Chez J. Dewey, l'expérience n'est pas séparable du contexte non seulement singulier mais aussi social. **La logique n'a pas pour objectif de s'assurer du caractère véritable d'une chose par un raisonnement purement déductif mais par la prise en compte des liens qu'elle entretient avec l'action et la démarche de connaissance. Cela confère une place primordiale et première à l'intuition comme point inaugural de toute démarche d'action. L'intuition est première par rapport à la production d'hypothèses et s'enracine dans l'expérience du sujet.**

Mais cette conception de la connaissance chez J. Dewey même si elle est implicitement en accord avec la centralité du travail posée par C. Dejours (E. Renault, op. cit), ne défend pas la centralité de la sexualité.

Pour J. Dewey l'esprit individuel est un ensemble d'habitudes constituées au cours de différentes phases de socialisation, cette dernière définie comme un processus d'éducation – formation (au sens hégélien de la Bildung). Chez J. Dewey (1916), le travail intervient de différentes manières : au cours de la socialisation primaire du jeune enfant (c'est-à-dire à travers le rôle tenu par les personnes en posture soin et de protection, celui en charge du maternage), par l'école et par les effets du travail accompli dans le champ social. **Dans la**

conception de J. Dewey, l'action éducative/formatrice maternelle est donc envisagée comme un travail, tout comme le sont les activités scolaires.

Dans cette théorie, il y a peu de référence faite au corps dans la genèse de l'intelligence. Si elle partage une certaine conception de la centralité du travail dans la compréhension du processus de production des connaissances, elle n'explicite pas par quels biais singuliers cela passe. Il faut y adjoindre une théorie du corps car l'intuition n'est pas magique est procède bien d'un contact avec le monde qui permet d'*intuitionner* ce qui bloque.

L'intelligence définissant « le travail vivant » est d'abord et avant tout pratique et pragmatique. Elle entretient des liens ténus avec le corps: c'est une intelligence du geste, de l'agir et pas une intelligence cognitive. Elle a une logique propre qui n'accorde pas le primat à l'objectivité au sein de sa démarche. C'est une intelligence en acte, qui se découvre au moment même où elle est mise en œuvre, elle est concomitante au travailler. Cette intelligence passe par une relation prolongée et opiniâtre du corps avec la tâche. C'est par le temps passé à essayer qu'on apprend. Ce temps n'est jamais prescriptible et pré-déterminé. Il faut alors en passer par toute une série de procédures subtiles de familiarisation avec les outils et les objets techniques, voir de personnification et de subjectivation. Cet engagement de soi, de sa personnalité et de sa subjectivité dans le travail peuvent aboutir au développement d'habiletés jusqu'alors insoupçonnées. Dans les activités de service ou dans le travail de soin, il faudra non seulement *faire corps* avec l'outil mais aussi avec l'autre (collègue, patient etc.) c'est-à-dire allier habiletés techniques et ce qui à première vue s'apparente à un « *travail émotionnel* ». Ce travail émotionnel, lié à la singularité émotionnelle et subjective de l'autre engagé dans la relation de soin (le patient, sa famille) est sans cesse à réinventer.

Le terme d'émotion est souvent confondu avec celui d'affect. Il ne fait pas partie de la théorie psychanalytique. Sans doute faut-il réserver le terme d'affect à la notion de transformation psychique et celui d'émotion au domaine de la programmation proposé par les neurophysiologistes.

« Les émotions sont des programmes complexes et en grande partie automatisés d'action qui ont été concoctés par l'évolution [...]. Le monde émotionnel est un monde d'actions menées à bien par notre corps, de l'expression du visage et des postures, aux changements qui interviennent dans les viscères et le monde intérieur [...]. Les sentiments émotionnels d'autre part, sont des perceptions composites de ce qui se passe dans notre corps et notre esprit, quand nous éprouvons des émotions. » (A. Damasio, 2010, p. 137)

Sans vouloir exclure le rôle des émotions et leur dimension sociale, dans la genèse de la pensée, il faut tout de même admettre que pour penser la transformation intrapsychique, il faut recourir à la notion d'affect auquel cas sinon, la transformation subjective du sujet pensant ne peut être que de surface et non passer par l'Inconscient, vecteur nécessaire au remaniement du corps érotique. Le recours simple au travail émotionnel ne permet pas de penser ce qui est opérant dans le soin des patients psychotiques. Il faut en passer par l'hypothèse d'un travail affectif au cœur de la relation soignante (sur ce point, voir chapitre III).

Le corps mobilisé dans le travail, siège de l'intelligence mais aussi le corps touché par la maladie, c'est aussi le corps érotique décrit par la psychanalyse, ce deuxième corps construit par subversion libidinale à partir du corps biologique (C. Dejours, 2009, Tome I) édifié dans le corps à corps entre l'enfant et l'adulte pourvoyeur de soin ; le corps marqué par la séduction infantile et ses aléas.

A ce stade de notre argumentation, nous affirmons que la recherche théorique s'origine avant tout dans la résistance éprouvée face à la clinique, construite à partir des données de la théorisation. Elle s'origine dans ce qui résiste à la compréhension ; dans la mise en doute des faits que l'on pensait jusqu'alors établis. Cette résistance se fait connaître par un corps qui peut la ressentir, être affecté.

« Une hypothèse, une fois suggérée et soutenue, se développe en relation avec d'autres structures conceptuelles jusqu'à ce qu'elle reçoive une forme dans laquelle elle peut produire et diriger une expérimentation qui dévoilera précisément les conditions qui ont le maximum de force possible pour déterminer si l'hypothèse doit être acceptée ou rejetée. Ou bien, il se peut que l'expérimentation indique les modifications que requiert l'hypothèse pour être applicable, c'est-à-dire convenir à l'interprétation et à l'organisation des éléments du problème. » (J. Dewey, 1938, op. cit., p. 177)

Concernant la clinique de la psychose dissociative chez l'adulte, il y a trois données qui sont encore posées comme des faits mais qu'au regard de notre expérience clinique, nous mettons en doute: d'une part, ce qui est dit du rôle de la mère dans la construction de la santé mentale et dans l'étiologie de la psychose, le dépôt de la vertu soignante des actions thérapeutiques du côté du savoir considéré comme scientifique et enfin une compréhension de la psychose fondée sur un modèle déficitaire, non dynamique de l'appareil psychique

3. Le terrain clinique.

L'orientation méthodologique retenue dans le cadre de cette thèse est dépendante de la méthode clinique, elle-même liée aux spécificités du terrain dans laquelle elle est prise. Le soin dispensé en AFT est particulièrement complexe en raison non seulement du nombre des intervenants impliqués dans cette relation de soin qui n'est pas duelle mais au moins triple (le patient, la famille d'accueil et l'équipe soignante hospitalière elle-même sub-divisée en équipe « traitante »⁵¹ et équipe dédiée à l'A.F.T). Il ne s'agit pas de « revivre une situation familiale saine réparant des dommages aboutissant à la psychose » mais d'une confrontation de corps habités et vécus différemment. D'un côté le corps du malade et de l'autre le corps de l'accueillant et des autres membres de la famille. Il ne s'agit pas d'une forme de régression réparatrice artificiellement construite. Il ne s'agirait pas de « réparer » une « structure familiale pathologique »⁵² chez le patient placé. Il s'agit d'un soin porté sur le corps vécu du malade, à partir de l'engagement corporel de l'accueillant dans la relation soignante qu'il établit et met en œuvre chez lui.

Parmi les placements thérapeutiques, on distingue les placements sectoriels, les placements intersectoriels et extrasectoriels. Si les premiers sont des éléments du dispositif de soins, s'inscrivant dans la continuité de l'organisation sectorielle de la psychiatrie, les autres ont une pratique spécifique du placement familial. La spécificité de chacun est alors liée aux caractéristiques des patients auxquels il s'adresse et/ou aux modalités de fonctionnement institutionnel. On peut citer l'exemple des placements pour patients toxicomanes ou encore ceux destinés aux personnes âgées désorientées. Toutes ces catégories de placement familial, même si elles représentent une activité similaire, recouvrent en fait des modalités et des organisations de travail très hétérogènes.

Au cœur d'un territoire politiquement et socialement dit « sensible », considéré par certains comme « zone de relégation » (J.-M. Delarue, 1991), l'U.T.A.F.A d'Aulnay sous bois est une unité fonctionnelle intersectorielle de psychiatrie, c'est-à-dire autonome et indépendante dans son fonctionnement et dans ses prises de décisions, mais sans budget distinct de l'enveloppe

⁵¹ Entendons par là le médecin psychiatre référent, l'équipe infirmière, le psychologue, l'assistante sociale...

⁵² Je fais référence aux travaux de G. Pankow développés dans *L'homme et sa psychose* et dans *Structure familiale et psychose* ici uniquement pour éviter un collage entre les outils thérapeutiques très intéressants qu'elle invente pour traiter les troubles de l'image du corps chez les adultes psychotiques et ce qui pourrait être pensé de l'AFT. L'intervention de G. Pankow n'a rien à voir avec celle du psychologue en AFT même si, comme nous allons le voir, une discussion s'impose.

globale dévolue à la psychiatrie. C'est un élément de l'organisation du travail fondamental : l'U.T.A.F.A peut résister à la « pression des lits » (bien que cela soit souvent l'objet d'un combat !) que subissent les services d'hospitalisations temps plein. Parce qu'elle travaille avec des familles ordinaires travaillant au sein de leur propre famille donc dans la sphère dite privée et qui ne peuvent pas solliciter en permanence l'unité - notamment les soirs et les week-end - l'U.T.A.F.A peut et doit souvent refuser des projets d'admission en famille d'accueil. Après 17h et les week-ends, les familles d'accueil sont seules avec le patient. Pourtant cette donnée est loin d'être intégrée comme une contrainte spécifique dans ce type de soin, notamment par les équipes intra-hospitalières ou aux urgences, prises dans l'injonction à « désengorger le circuit »⁵³.

Ces familles d'accueil, domiciliées 50 kms autour de l'hôpital sont également au cœur de cette zone de relégation. Elles font partie de la communauté sociale entourant l'hôpital et dont sont également issus les patients accueillis. L'espace social et politique présentent des caractéristiques influant sur les modalités identificatoires et identitaires des individus issus de ce territoire amenant le clinicien à prendre en considération les logiques sociales dans la psychopathologie :

« Les syndromes de relégation ne sont pas uniquement des syndromes d'exclusion ou d'auto-exclusion, comme on a pu le décrire chez les SDF. Ils ne sont pas simplement constitués de négativité. Il y règne des logiques actives et spécifiques, liées à des modalités identificatoires fortes, elles aussi spatiales ou transversales, intragénérationnelles mais volontaires. » (T. Trémone, 2004, p. 446).

La problématique de la relégation ouvre des voies dynamiques qui quand on la croise celle du métissage peut inaugurer un travail psychique (F. Benslama, 2000) débouchant sur des réaménagements identitaires. Le métissage des familles d'accueil me semble alors une voie particulièrement intéressante et plastique dans les choix à faire en matière type de placement proposé au patient, fonction de sa problématique spécifique.

C'est une partie importante du travail de l'équipe dédiée (et notamment le psychologue dont l'avis très attendu lors des présentations de patients en vue d'une admission peut représenter un enjeu stratégique) que de faire entendre les contraintes liées à l'accueil d'un patient psychotique au domicile d'une famille, hors cadre hospitalier. Ce sont ces contraintes qui

⁵³ Je reprends la terminologie usitée par les psychiatres des services de cet hôpital.

guident les refus d'admettre certains patients (ex : risques suicidaires trop élevé, intolérance à la frustration, comportements sociopathiques, pervers et/ou psychopathiques etc.).

L'unité fonctionnelle dépend d'un hôpital général et prend place dans les locaux de ce dernier⁵⁴. L'unité prend en charge des adultes présentant des troubles psychiatriques stabilisés, issus des trois services de psychiatrie de l'hôpital, entre 18 et 60 ans environ. Elle accueillait dans le passé des patients dépendant d'autres hôpitaux, comme celui de Gonesse par exemple, mais devant l'ampleur des demandes et le manque de moyen, elle a dû refuser l'admission de ces patients. Les patients ne versent aucune rémunération aux familles d'accueil. Celle-ci est versée par l'hôpital qui facture à la sécurité sociale le montant du forfait journalier. Elle coordonne aujourd'hui le travail de 13 familles d'accueil et prend en charge 16 patients.

L'unité a été créée en 1993. Elle a connu bien des bouleversements institutionnels et des modifications de l'équipe qui la constitue. A l'origine, l'équipe se constituait : d'un médecin psychiatre responsable de l'unité à mi-temps, de deux psychologues à mi-temps, d'une assistante sociale à mi-temps, d'une « surveillante » (que l'on appelle aujourd'hui les cadres soignants de proximité) à mi-temps, de trois infirmières à mi-temps et d'une secrétaire à 80%. Aujourd'hui, l'équipe se constitue : d'un médecin psychiatre à 40%, d'une psychologue à temps plein, d'une infirmière à temps plein (et une seconde toute nouvellement recrutée) et d'une secrétaire à 80%. La réduction des effectifs et la réorganisation de l'équipe ont eu inévitablement des conséquences sur l'organisation du travail.

L'objectif était alors d'offrir à des patients adultes, le plus souvent schizophrènes, une alternative à l'hospitalisation. Il s'agissait de patients suffisamment stabilisés mais encore trop fragiles pour affronter seuls l'extérieur, même avec le soutien des équipes de secteur. Plusieurs années ont été nécessaires pour développer le service et stabiliser l'équipe. Et encore maintenant, il faut toujours convaincre de l'utilité de ce type de prise en charge peu répandu sans céder aux demandes gestionnaires (diriger le travail en fonction de la durée moyenne de séjour à respecter dans les services de psychiatrie, désengorger les services etc.). La priorité de l'U.T.A.F.A reste le travail clinique avec les patients et les familles d'accueil. Convaincre à l'intérieur de l'hôpital non seulement les soignants les plus sceptiques, doutant des compétences professionnelles des familles d'accueil sensées parvenir à un résultat là où

⁵⁴ Auparavant située au cœur d'une cité HLM de Villepinte (93), elle a été rapatriée dans les locaux de l'hôpital. Elle prend place à côté d'un hôpital de jour, dans le « centre social » de la psychiatrie, au dessus des bureaux de chefs de service et de la gestion des biens de l'hôpital.

les soignants trouvent leurs limites... mais aussi l'administration hospitalière qui non seulement ne comprend pas le travail effectué par ces familles (qu'elle paye mais qui, selon elle, ne lui rapporte rien), mais surtout qu'elle ne peut pas évaluer⁵⁵. Convaincre également à l'extérieur car il n'est pas évident de comprendre comment ces femmes (nous n'avons compté qu'un seul homme parmi nos familles d'accueil et ce dernier travaillait avec sa femme...), souvent des mères de famille, peuvent accepter d'accueillir sous leur toit des malades de psychiatrie alors que les médias les dépeignent comme dangereux et violents. Les patients que nous leur confions sont bien dans un environnement familial ordinaire, hors des murs de l'hôpital et ne sont soumis à aucune « obligation » de soin. Même s'ils ont le statut de patients hospitalisés, ils n'ont jamais celui de patient hospitalisé sous contrainte. Ils sont libres de quitter à tout moment la famille d'accueil et doivent donc coopérer au projet de soin ce qui implique d'accorder à la famille d'accueil une forme d'autorité sur eux (rien que pour la prise du traitement par exemple). Il ne suffit pas que l'U.T.A.F.A leur délègue cette autorité, les patients doivent les investir également comme détentrice de cette autorité.

L'U.T.A.F.A n'est pas une unité de placement social destinée à des patients de psychiatrie. La dimension thérapeutique de l'accueil familial est centrale dans nos pratiques. Si l'U.T.A.F.A a pour objectif de sortir des patients de l'hospitalisation, il n'est pas l'objectif ultime. Très concrètement, il s'agit d'accueillir des patients adultes et de guider leur prise en charge au quotidien par un accueillant familial rémunéré par l'hôpital, recruté dans un premier temps par l'équipe de l'U.T.A.F.A puis présenté à l'embauche à l'administration hospitalière. Les accueillants ne sont pas des thérapeutes. Le rôle et les places des membres de l'équipe de l'U.T.A.F.A sont très différents de ceux que l'on peut rencontrer habituellement au sein d'un service d'hospitalisation ou même d'un service d'hospitalisation à domicile. C'est avant tout un travail institutionnel dans lequel les décisions sont concertées, partagées et élaborées de manière collective. Il pourrait s'apparenter donc en première intention à la psychothérapie institutionnelle. L'U.T.A.F.A. est une unité de soin se préoccupant des aménagements du réel permettant à un patient psychotique stabilisé (mais pas toujours asymptomatique) de mener une vie dans la société. L'objectif de l'U.T.A.F.A est de permettre une insertion sociale des

⁵⁵ Ce travail difficilement descriptible reste totalement étranger aux logiques comptables car le temps de travail et les actes ne peuvent pas être comptabilisés. Si le soin de l'autre ne se quantifie pas et ne se mesure pas, en plus, le travail des familles d'accueil, chez elle, est bien étranger à tout découpage du « temps de travail ». L'accueil d'un patient ne peut pas se décrire en DMS (durée moyenne de séjour). Alors pour les organisations hospitalières d'aujourd'hui, comment évaluer ce que l'on ne peut mesurer par le chiffre ?

patients de psychiatrie dans la société, qu'elle passe par une insertion professionnelle ou non. Dans ce cadre, elle œuvre à la prévention des rechutes et à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Elle porte en elle un projet de soin : par le mieux-être quotidien et une désinstitutionnalisation du soin, permettre à ces patients de retrouver une vie plus autonome et plus sereine. Elle porte également en elle un projet de société : résister à la désinsertion sociale des personnes porteuses d'une maladie chronique et promouvoir une psychiatrie désenclavée. Il ne s'agit pas seulement d'une psychiatrie hors des murs mais d'une redéfinition du travail en psychiatrie, de sa place en médecine et dans le champ social, des liens de coopération qu'elle doit mettre en place avec la communauté sociale environnante. C'est en ce point précis que le travail de l'U.T.A.F.A se distingue de la psychothérapie institutionnelle pour s'inscrire davantage dans la ligne ouverte par P. Paumelle à la naissance du secteur (voir chapitre I).

La prise en charge au sein de l'U.T.A.F.A. repose sur deux piliers: les visites à domicile faites par les infirmières (plus occasionnellement accompagnées du médecin et/du psychologue) et des entretiens à l'hôpital, dans les locaux de l'U.T.A.F.A. Ainsi le patient et la famille d'accueil sont reçus par le médecin ou le psychologue (éventuellement accompagnés d'une infirmière) pour des entretiens bimensuels entre lesquels se placent les visites à domicile. Même si un cadre est posé avec les familles d'accueil, celui-ci doit être en permanence réajusté afin de ne pas se rigidifier et garder son intérêt thérapeutique. Le travail ne s'arrête donc jamais dans la famille d'accueil comme à l'U.T.A.F.A!

D'où vient la dimension thérapeutique du placement familial si ceux qui en sont les acteurs ne sont pas des thérapeutes ? N'existerait-elle que par le fait que ce travail se fait à l'extérieur de l'hôpital par des non-hospitaliers (ce qui laisse penser que le travail des hospitaliers est aujourd'hui empêché dans sa dimension thérapeutique) ? Pourquoi ce travail thérapeutique se fait-il mieux par des personnes extérieures à l'hôpital ? Pourquoi ne pourrait-il se faire aujourd'hui qu'en dehors de l'institution hospitalière publique ? Qu'est-ce que font les familles d'accueil que ne font pas/plus les soignants ? Le placement familial thérapeutique est une prescription médicale, comment entendre cette prescription faite à des « non-soignants », à une partie de la communauté sociale locale ? Serait-ce l'absence de formation de ces familles d'accueil qui les rendrait thérapeutique ? On rejoindrait les conceptions systémistes posant le fonctionnement familial comme responsable de la mauvaise et donc de la bonne santé psychique de l'individu. Serait-ce l'environnement qui soignerait plus que le travail des personnes impliquées ? En somme, il suffirait de modifier le cadre, l'environnement et les

troubles s'estomperaient ? On rejoindrait là aussi des positions proches de celles de D. W. Winnicott. Pourtant, si on en croit la littérature, l'entreprise des « colonies » s'est avérée décevante !

Par ailleurs, à mettre en avant la notion de famille et celle d'environnement, on risque de rapatrier le travail des familles d'accueil du côté de la psychothérapie institutionnelle, faisant d'elles des soignants considérés comme de seconde zone car sans savoir et sans formation. On occulte également le travail qu'elles font et qui n'est pas un travail de psychothérapie même s'il peut avoir des effets psychothérapiques. Invisible et invisibilisé, le travail des familles d'accueil a le plus grand mal à se comprendre autrement que par la catégorisation d'une fonction hospitalière infériorisée et délocalisée. En tout cas du point de vue hospitalier.

Si cela attribue des compétences thérapeutiques, soignantes à la communauté sociale, cela introduit également une distinction entre ceux qui ont un savoir sur la maladie et ceux à qui on attribue a priori un savoir empirique et uniquement orienté vers la pratique, un savoir qui ne serait pas préexistant à la rencontre avec le patient. Ce savoir pratique se trouverait hypostasié par la rencontre elle-même et le côtoiement quotidien. Donc le thérapeutique ne serait plus du côté du savoir scientifique mais du côté du savoir empirique, du savoir pratique.

Il y aurait donc ceux qui voient et... ceux qui savent ? Ceux qui savent et ceux qui soignent ?

Ces « familles d'accueil » sont taxis, secrétaires, laborantins, publicitaires et parfois assistantes maternelles (pour enfants) ; elles habitent à 50 kilomètres au maximum de l'hôpital et elles n'ont ni qualifications ni formations soignantes mais exécutent des tâches de soin. Sur 13, elles sont 12 femmes (un homme mais qui est le mari de l'une d'entre elles : C'est un couple qui travaille mais l'essentiel du travail domestique et des soins à donner aux patients reste dévolu à Mme S....) et toutes mères de famille. Deux sont d'origine antillaise, 8 ont des origines maghrébines et ont grandi dans des familles nombreuses et/ou se sont trouvées en position de s'occuper d'autres membres de leur famille. Les trois dernières disent qu'elles ont eu une belle-mère ou une voisine famille d'accueil. L'une d'entre elles a grandi près d'Ainay-le-Château. Toutes expliquent leur choix en mettant en avant le côté pratique à travailler chez elles pour continuer à s'occuper de leurs propres enfants en bas âge et/ou de leur famille. En somme, pour pouvoir faire le travail domestique, mais surtout pour élever leurs propres enfants. D'autres ressentent le besoin d'aider quelqu'un alors que les enfants sont devenus grands et autonomes. Non pas par *bonté d'âme*, ni même par *amour* mais pour un certain nombre d'entre elles, en raison d'un engagement citoyen et par conscience politique. De plus,

l'accueil d'une personne « différente », ayant besoin d'un accueil et handicapée jouerait un rôle éducatif auprès des enfants pour certaines et contribuerait à la *formation des valeurs* à transmettre.

Les motivations de ces familles suscitent toujours beaucoup de questionnement du côté des soignants hospitaliers qui disent volontiers qu'ils ne pourraient pas (eux, formés aux soins) accueillir un psychotique chez eux... Ces motivations apparaissent souvent comme mystérieuses et donc suscitent toutes les conjectures : « *il faut être fou soi-même pour vouloir ou pour pouvoir faire ce travail* » (ce que nombre de personnes pensent de tous ceux qui travaillent en psychiatrie d'ailleurs !) ou même le pendant : « *faire ce travail pendant des années laisse des traces et déstabiliserait la santé mentale* ». Ainsi, l'une des deux infirmières, en place depuis l'ouverture de l'unité répète souvent qu'après plusieurs années à accueillir un patient psychotique chez soi, on ne le devient pas toujours soi-même mais on va en tout cas beaucoup moins bien ! Travailler avec les fous rendrait-il fou ? Selon elles, très certainement mais à condition de le faire 24h/24 ce qui n'est pas leur cas... ce serait le temps passé et le partage de la vie quotidienne avec le fou qui rendrait fou alors... mais si tel est le cas, comment penser les motivations de ces personnes, surtout celles qui ont eu un proche exerçant lui-même le métier des années durant ?

Il est important de souligner que dans cette population des familles d'accueil en psychiatrie adulte, je n'ai pas retrouvé de sur-représentation de troubles psychopathologiques. Ce que j'ai noté davantage ce sont des troubles de la sphère somatique en lien avec un vécu de surcharge. Les hospitaliers voient en premier lieu la maladie, la psychose et c'est sans aucun doute leur savoir sur la maladie qui les empêcheraient de faire le travail de famille d'accueil. Les familles d'accueil, au contraire, sont vierges de ce savoir et accueillent chez elle avant tout « *un être humain* », comme elles le disent souvent. La maladie vient après, le contact est privilégié. Certaines d'entre elles se présentent à l'U.T.A.F.A sans aucune notion de ce que peut être la psychose mais ce n'est pas la majorité d'entre elles. Toutefois, elles ne présentent pas leur candidature en toute « absence de raison » et dans tous les cas, si elles maintiennent leur candidature, elles savent toujours plus ou moins à quoi s'attendre. Les entretiens préalables au recrutement ont pour fonction justement de construire un objet commun. Il peut arriver en effet qu'une personne présente sa candidature sans avoir aucune idée de ce que peuvent être la psychiatrie et la maladie mentale mais en entendant la teneur du travail attendu d'elles et qui sont nos patients, elle peut arrêter explicitement la démarche ou ne plus donner suite.

Compte tenu des spécificités du terrain, de la clinique et de ce qui vient d'être développé, il nous faut préciser la démarche scientifique qui a guidé cette recherche.

4. Une démarche théorico-clinique et non expérimentale ou comparative

Une démarche scientifique se propose de vérifier ou d'infirmer des hypothèses concernant un objet, à partir de faits déterminant des critères de recevabilité scientifique de l'argument avancé. Le fait clinique requiert une construction à partir de formulations théoriques, mais aussi pratiques. Le comportement ou une conduite prennent valeur de fait clinique à partir de leur formulation et de leur inscription par rapport à une méthode, c'est-à-dire recueillis par un dispositif méthodologique spécifique et mis en forme par le recours à un référentiel théorique particulier. Le recueil d'indices et de signes objectivés (et non pas objectifs) par la méthode acquièrent le statut de faits grâce au questionnement théorique.

Par conséquent la signification des faits reste toujours adossée à l'interrogation du positionnement du chercheur par rapport au dispositif méthodologique. Dans cette perspective, la prise en compte de la subjectivité du chercheur et son travail sont des données centrales et non accessoires.

Dans notre perspective, la méthode organisant le travail de recherche nécessite des références à la nosologie et aux traitements des troubles psychotiques mais aussi à la psychologie sociale et à la sociologie mais avec en son cœur, la référence à la psychanalyse et à la psychodynamique du travail.

Je suis psychologue clinicienne au sein de cette unité et ma recherche porte sur le terrain clinique qui m'occupe depuis 2007. Je ne suis pas extérieure à l'action thérapeutique menée auprès de ces malades ; au contraire je tiens un rôle actif tant auprès de ces derniers qu'auprès des familles d'accueil et de l'équipe institutionnelle. De ce fait, même si ma référence théorique est celle de la psychodynamique du travail, ma méthodologie n'est pas celle de l'enquête (C. Dejours, 1980; D. Dessors et coll., 2009).

Le « placement » est à la fois mon objet clinique, ce que j'écoute (dans mes entretiens avec les familles d'accueil et les patients mais aussi dans les échanges avec mes collègues médecins et infirmiers de l'unité) mais aussi ce qui me permet de réinterroger à la fois le fonctionnement de la psychose dissociative et celui de la famille.

Le clinicien écoutant d'un côté les familles d'accueil et de l'autre les patients accueillis doit se construire une posture nouvelle, à l'écoute du travail effectué d'un côté et de l'autre, et ensemble.⁵⁶

Nous suivons donc une méthode de cas ; cas qui se définit comme « un placement », c'est-à-dire le côtoiement dynamique d'un patient accueilli et d'une famille accueillante, *dyade composite* autour de laquelle œuvrent des soignants hospitaliers.

Tant dans ma pratique que dans le choix de recueil du matériel clinique nécessaire à cette recherche, mon objet est le « placement ». Ce que j'entends par « placement », c'est à la fois le côtoiement quotidien et prolongé d'un patient et d'une famille « ordinaire », le travail d'accueil et de soin qu'elle fait, le travail psychique effectué par le patient lui-même mais aussi le travail fait par les soignants hospitaliers pour que cette situation d'accueil puisse avoir lieu. Voilà la raison pour laquelle je choisis le terme de placement et non d'accueil, trop restrictif ; l'accueil n'est qu'une partie du travail mené par la famille d'accueil, chez elle, hors et parfois loin de l'hôpital où moi-même je travaille.

L'objet de cette recherche est de l'ordre de l'invisible : Il ne s'agit pas d'analyser les symptômes ou d'en dresser un tableau ce qui serait de l'ordre de la nosographie et de la nosologie. Il s'agit d'emprunter un autre chemin, « la voie du dedans » comme l'a désignée Gisela Pankow (1969) qui seule peut nous permettre d'approcher le monde vécu, le corps vécu du malade psychotique. Et ce monde du vécu, de l'éprouvé, de l'affectif n'appartient pas au monde du visible. Il est donc impossible d'en faire une démonstration à partir d'une méthode expérimentale. Comme aucun placement, aucun patient ni aucune famille ne se ressemblent, la méthode comparative est dans le même temps exclue. Ce que je propose ici, c'est une argumentation théorico-clinique c'est-à-dire portant tout à la fois sur un objet désigné, « le placement », que sur la méthode utilisée pour accéder à cet objet.

Cette thèse s'appuie donc sur une méthodologie critique et non comparative ou expérimentale.

II) De la démarche à la méthode

Une recherche s'étaye sur une démarche mais se construit à l'aide d'une méthode qui pour le coup, reprend celle qui est mise en œuvre dans mon travail de psychologue clinicienne. La

⁵⁶ Ce cadre clique d'écoute fait l'objet de développements plus loin dans le propos général.

clinique ne se réduit ni à l'observation ni au compte-rendu presque au mot à mot dont on prétendrait qu'il peut rendre compte d'une quelconque objectivité des propos. Le discours du patient ou de la famille d'accueil ne sont pas la preuve de quoi que ce soit. Ce qu'il s'agit de restituer et qui constitue le matériel clinique, c'est ce que le clinicien a entendu, compris de la situation de placement.

A ce stade de notre argumentation, il nous faut décrire le dispositif méthodologique clinique qui nous a permis de recueillir les données cliniques qui ont servi de fondement à cette recherche.

La méthodologie de recherche se justifie donc par les caractéristiques de son objet mais également par les contraintes imposées par mon propre travail clinique.

L'objet de ma recherche et de ma clinique, c'est le placement, la vie du placement. Comment il se déploie, quelle est sa dynamique, son économie. Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer sa réussite et qu'entend-on par là ? quels sont les facteurs d'échecs ? Je ne m'occupe pas d'une personne dans un ensemble mais de l'ensemble constitué du patient, de la famille d'accueil et de l'unité. Mon travail est en grand partie centré sur ce que l'on nomme classiquement « l'institutionnel ».

D'une manière générale, le travail en psychiatrie a pour objet la vie mentale et la vie subjective. Même si un ordre général du fonctionnement mental peut être esquissé, les particularités de tout un chacun et de la vie elle-même, dans tout ce qu'elle a d'imprévisible, engendrent une grande diversité et hétérogénéité dans les histoires et les parcours qui nous construisent tous. Marquée du sceau de l'aléa, la vie (et non pas la seule vie biologique mais la vie subjective et humaine) ne saurait se circonscrire par des lois immuables et toujours identiques. Comment saisir les modalités et les effets de la rencontre avec l'autre ? Comment définir, qualifier et analyser l'action de l'autre dans la rencontre intersubjective ? Et comment cette action peut-elle être thérapeutique et soignante ? L'implication subjective nécessaire au soin à l'autre ressortit à l'inobservable. Bien sûr, on peut toujours décrire des gestes et des techniques de soin mais la technique ne suffit pas à faire du soin. Le soin en psychiatrie réclame de l'implication et de l'engagement subjectif et c'est d'ailleurs ce qui le rend si difficilement enseignable...

A partir des repères théoriques et pratiques qui étaient les miens à l'époque, commencer à travailler à l'U.T.A.F.A n'a pas été chose simple. Je suis de formation initiale philosophe et psychologue clinicienne, formée à partir et dans la psychanalyse. Ce sont en tout premier lieu des questions éthiques qui me sont venues: Quand on est psychologue dans une unité d'A.F.T, qui soigne-t-on et comment?

Et alors en situation d'entretien, quel modèle adopter? S'agit-il d'entretiens psychothérapeutiques? L'autorité incarnée par le psychologue (il est présent lors des entretiens d'embauche, lors du suivi mais aussi mandaté pour remettre le cadre de travail en place quand celui-ci est mis à mal) est-elle compatible avec le modèle psychanalytique auquel je me réfère dans ma pratique (en centre de réadaptation fonctionnelle, auprès de malades somatiques puis en E.S.A.T)? Et quand un psychologue est interpellé par une équipe infirmière sur des questions très concrètes du quotidien (la douche, l'argent de poche, la vêtue, le choix de sa famille d'accueil, les permissions de week-end etc.) n'a-t-il pas affaire à bien d'autres choses que son objet « normal », celui défini dans les règles de travail qui m'avaient été transmises? La réalité face à laquelle le psychanalyste se tient classiquement à distance est ici au cœur de la pratique clinique... comment conserver un abord psychanalytique?

On m'a dit peu de choses sur le travail du psychologue dans une pareille unité (c'est un euphémisme!) et je n'avais pas pu observer le travail des collègues desquels je prenais la suite. Les deux mi-temps étaient remplacés par un temps plein et mes collègues avaient quitté l'unité à mon arrivée. Alors j'ai accepté de me laisser immerger et de perdre un peu mes repères dans cette pratique avec pour seule boussole, l'éthique. Comment concrètement me positionner auprès de ces malades qui ne sont pas vraiment mes patients (ils sont suivis par d'autres psychiatres et psychologues) et face à ces familles d'accueil qui ne sont pas malades? Comment considérer ces familles, quelle place leur donner? Comme des « thérapeutes sans savoir »? Comme des familles « substitutives naturellement saines » dans lesquelles se rejouerait un peu comme dans un psychodrame sans cadre des relations familiales supposées toxiques? La famille d'accueil thérapeutique est-elle un décor intersubjectif et affectif sur fond duquel seraient à rejouer les ingrédients nécessaires à la constitution d'une névrose infantile? Non plus... tout cela ne collait pas.

Je suis partie de mon premier constat clinique : les patients en A.F.T. allaient mieux dans ces familles (et pour certains mieux qu'à l'hôpital, pourtant lieu de soin). Une autre question surgissant alors de la première : Le soin est-il simplement affaire d'environnement? Puis d'un

deuxième constat : les familles d'accueil n'allaient pas aussi mal qu'on aurait pu l'imaginer. Le côtoiement quotidien, prolongé et au sein de la vie privée des malades psychotiques dissociés ne rend pas inévitablement malade. Alors comment ça marche ?

C'est la résistance de mon propre réel de travail - la clinique - à se laisser appréhender par les cadres théoriques classiques qui a suscité chez moi un effort de théorisation nécessaire pour me permettre d'élaborer un cadre de travail cohérent avec les familles d'accueil. Sans considérer comme une énigme cette clinique (recevoir des personnes non malades et sans demande de soin ou d'écoute en entretiens réguliers à l'hôpital), notre démarche de théorisation n'aurait certainement pas eu lieu. La démarche théorique était rendue nécessaire par l'énigme révélée du travail clinique auprès de ces familles d'accueil thérapeutique.

Il a fallu penser et surtout construire une méthodologie d'intervention clinique, à partir des outils et de la théorie psychanalytique. Il s'agit bien d'une construction car si le référentiel général est psychanalytique, la posture et le cadre d'intervention eux, ne sont pas canoniques. En temps ordinaire, un psychologue clinicien reçoit en entretiens (individuels ou groupaux) des patients. C'est bien ce second élément de la relation qui manquait. Les personnes reçues en entretiens sont soit les patients suivis par d'autres que moi, soit des personnels de l'hôpital sans demande particulière et qui initialement viennent me voir « parce que c'est défini comme ça ».

J'en conclusais donc que l'objectif des entretiens avec le médecin ou la psychologue n'est pas la mise en place d'une psychothérapie en face à face mais de permettre, par l'écoute des patients et des familles d'accueil, *d'accuser réception de ressentis, d'éprouvés au quotidien et de les mettre au travail*. L'objectif de cette prise en charge est d'accompagner une insertion du patient de psychiatrie dans le tissu social et lui donner des voies d'étayage lui permettant de mieux vivre avec ses troubles et sa psychose. L'essentiel des actions de soin est donc fait ailleurs : en service d'hospitalisation, en centre médico-psychologique, en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, en hôpital de jour, en famille d'accueil etc. Mon travail a plus à voir avec un travail de réception, de traduction de ce qui se joue, bien au-delà des seuls entretiens.

Ma clinique repose donc à la fois sur les entretiens individuels des familles d'accueil, les entretiens familles d'accueil-patient, les entretiens de préparation à l'accueil d'un patient, les

groupes de travail des familles d'accueil, mes propres observations en visite à domicile et enfin l'analyse institutionnelle de la dynamique des placements.

1. Le travail avec les patients.

Après la présentation clinique du patient et de son projet de vie par l'équipe « traitante » (psychiatre référent, assistante sociale, éventuellement infirmière référente et psychologue en charge d'un travail psychothérapique), nous recevons le patient en entretien.

Ces entretiens se font en binôme avec une infirmière de l'équipe de l'U.T.A.F.A. Il s'agira alors pour moi d'entendre comment le patient se positionne vis-à-vis de ce projet d'accueil familial thérapeutique et formulé par l'équipe qui le soigne depuis souvent de nombreuses années : est-ce qu'il fait sien ce projet ? Qu'en attend-il ? Quelle est la représentation imaginaire de la famille d'accueil qu'il peut construire ? Nous cherchons aussi à entendre quelle posture subjective il adopte vis-à-vis de sa maladie (la reconnaît-il ? Reconnaît-il la nécessité de la prise d'un traitement et de soins ?...) et de sa famille (Est-ce que sa famille d'origine est d'accord avec le projet ? Ne pense-t-il pas la trahir en intégrant une autre famille ? Le projet d'A.F.T n'est-il pas confondu avec une adoption ?...)

A partir de ces entretiens, en alternance avec ceux menés par le psychiatre responsable de l'unité, ce que je cherche, c'est rencontrer le patient là et définir quels axes de travail nous pourrions éventuellement déterminer (un travail centré sur la possibilité de (re)habiter le corps seulement ou liée avec la question d'une insertion professionnelle et sociale ? avec celle d'une inscription dans un hôpital de jour ? Et vers quelle vie ? Un appartement seul ? Un foyer de vie ? une maison de retraite ?).

Ces éléments n'ont aucune fin programmatique mais servent de point de rencontre, de structure de base d'une relation qui sera vectorisée par le soin psychique et le soin du corps. Ces éléments de base seront dans la plupart des cas réévalués car ils avaient été posés avant toute amorce de travail. La clinique et son évolution nous obligent à nous déplacer, à réévaluer sans cesse à la fois la pertinence des projets formulés pour le patient et les hypothèses psychopathologiques le concernant.

A ce stade, mon écoute est outillée par la psychanalyse et la psychopathologie mais elle est aussi orientée de manière pragmatique : il nous faut définir la demande du patient (qui n'est pas à confondre avec celle de l'équipe entendue lors de la présentation clinique).

Au fur et à mesure de ces entretiens préalables seront posés des éléments du cadre de la prise en charge et mon travail sera alors d'élaborer un « profil » de famille d'accueil susceptible d'accueillir le patient reçu. Ce profil se construit en fonction des spécificités des besoins et de la demande du patient (proximité de l'hôpital requise ou non, présence ou absence d'enfants en bas-âge...). Cette construction progressive du placement est faite à plusieurs, nourrie des échanges de points de vue des membres de l'U.T.A.F.A.

Elle débouche sur une rencontre entre le patient et la famille pressentie, programmée et médiatisée par plusieurs membres de l'équipe, dans les locaux de l'U.T.A.F.A.

Si cette rencontre a lieu et qu'elle est positive (que chacun accepte la proposition), alors des temps d'accueil courts puis de plus en plus longs sont programmés ; le patient étant accompagné de l'hôpital vers le domicile des accueillants par les infirmières (éventuellement par moi de manière ponctuelle). Une fois le placement commencé, je reçois le patient en entretien individuel tous les 15 jours, en alternance avec les visites à domicile. Ces entretiens n'ont pas pour cadre la conduite d'un travail psychothérapique. Il s'agit bien plus de sentir, de recevoir le vécu subjectif du patient dans ce placement. Les éléments recueillis lors de ces entretiens ne sont pas toujours corrélés avec des faits réels ou des événements mais permettent de savoir comment le patient investit (ou n'investit pas) la famille d'accueil et s'il est mis au travail par le dispositif.

Ma posture n'est donc ni en retrait de la réalité vécue par le patient, ni uniquement centrée sur les éléments factuels de la vie quotidienne. Elle se situe dans un entre-deux. Elle me permet d'avoir accès non seulement aux ressentis et aux éprouvés du patient mais également à l'évolution général des symptômes qu'il présente. Cette posture est aussi une pierre angulaire du cadre général du dispositif. Loin de me tenir à l'écart de la vie en famille d'accueil (pour me centrer sur des mouvements intrapsychiques émergents au décours des entretiens – ce qui relèverait de l'écoute psychothérapique d'inspiration analytique), il m'est parfois nécessaire d'avoir des actions « prescriptives » concernant des éléments liés au comportement du patient au domicile quand celui-ci peut fragiliser voir rendre caduque le cadre de prise en charge. En bref, la neutralité bienveillante ne peut pas être de mise ici ! Il s'agit de faire tenir des guides déterminant ce qui ne peut pas être fait par le patient en famille d'accueil, des règles pour ainsi dire qui doublent les règles de vie que chaque famille construit. Cela m'amène alors à incarner une forme d'autorité, classiquement non dévolue aux psychologues. Cette question de l'incarnation de l'autorité m'a, à de nombreuses reprises, mise au travail notamment par les questions et remarques formulées par les psychologues stagiaires que j'accueille chaque

année. Je suis engagée concrètement dans l'action thérapeutique menée autour et auprès des patients. Je suis donc amenée à intervenir plus ou moins directement dans le cours du placement et à prendre des décisions. En somme, une posture loin de la « neutralité bienveillante » ou de la « contenance pare-excitante » enseignée comme une règle technique dans certains circuits universitaires infiltrés de la psychanalyse. Cela pourrait donc être perçu comme une erreur ou un manquement aux règles, seulement il me semble que les transposer et les appliquer de manière systématique ne correspond pas à l'esprit psychanalytique guidant nos pratiques de psychologues cliniciens. De tels placages ne peuvent qu'aboutir à une fétichisation suspecte et normative, contraire à la psychanalyse. Confronté aux problématiques identitaires, le psychologue clinicien se doit bien plutôt de faire preuve de créativité et d'inventivité, quitte à devoir être délogé, tout au moins provisoirement, de sa posture. Accepter de tels mouvements est sans doute la condition nécessaire à tout changement, voire la condition de toute pensée vivante.

Du fait de l'impossible posture psychothérapique à prendre dans le cadre de travail qui est le mien, je me suis vue interrogée à de nombreuses reprises sur la place accordée ou non dans ma pratique au transfert et au contre-transfert. Pour un observateur d'orientation psychanalytique classique extérieur au travail de l'unité, ma posture a pu être taxée de « surmoïque » ou encore proche d'une posture « médicale », voir « paternaliste ». Et cela pourrait peut-être s'entendre en faisant fit du travail de redéfinition de l'objet clinique que de tels dispositifs imposent. L'objet clinique ici n'est pas en première intention l'accompagnement de la vie intra-subjective singulière, ni même un objet groupal mais le « travail vivant » attendu dans ces prises en charge : celui de la famille d'accueil mais aussi celui du patient.

Il est tout à fait possible de techniquement traiter le patient accueilli en famille d'accueil d'une manière conventionnelle mais cela implique de considérer l'A.F.T. comme une « situation » de soin mais non pensée à partir de la centralité du travail.⁵⁷ Si on conçoit l'A.F.T. avant tout comme un travail, on ne peut pas travailler avec les familles d'accueil thérapeutique (et par voie de conséquence avec les patients accueillis) sans référence à une théorie du travail. Maintenir la référence au travail pour penser la situation clinique d'A.F.T.

⁵⁷ On peut citer ici plusieurs auteurs qui ont écrit sur le sujet à partir de leur pratique. Citons à titre d'exemple et sans vouloir être exhaustif : J.-C. Cebula (*L'accueil familial des adultes*, Paris, Dunod, 1999 et *Guide de l'accueil familial*, Paris, Dunod, 2000), D. Gorans (*Accueil familial : Lettre inédites du fils de Gulliver, hommes et perspectives* et chez le même éditeur, *Le blues du chariot*), ou même l'ouvrage publié par l'équipe d'A.F.T. de l'hôpital St Anne, sous la direction de M. Perrasse, *L'accueil familial thérapeutique pour adultes. Des familles qui soignent ?*, Paris, Lavoisier, 2011.

impose d'une part de spécifier ce travail et d'autre part de prendre en compte les observations, remarques etc. de ces familles d'accueil pour guider la prise en charge. Du coup, cela engage le clinicien à adopter vis-à-vis de l'action une posture en entretien différente de celle classiquement enseignée à l'université.

A partir des développements de C. Dejours (2009), j'entends par « travail vivant » le travail effectif prenant une place dans le champ social indissociable de sa part invisible, le travail intrapsychique.

Nous l'avons dit, le placement n'est pas la « duplication saine d'une situation familiale » destinée à rectifier, corriger les distorsions de la construction subjective des patients. Le psychologue n'est pas un observateur externe d'une scène néo-familiale dans laquelle devrait se rejouer des scénarios infantiles, un peu à la manière d'un psychodrame sauvage et dont le jeu n'acquerrait de dimension thérapeutique que par l'interprétation que le psychologue peut en faire. Maintenir la centralité du travail des familles d'accueil - condition éthique et déontologique selon moi de l'exercice du psychologue dans une telle unité – amène à se déplacer face à ce que j'oserais alors qualifier de psychanalyse plaquée. **Le psychologue n'est pas là en place d'interprète mais bien plus de traducteur.**

Le fait de travailler avec les familles d'accueil qui ne sont pas des patients mais des collègues, au travail chez elles avec un patient que nous leur confions oblige éthiquement et déontologiquement à maintenir au centre de l'approche clinique la question du travail. L'introduction de la double centralité (centralité du sexuel et centralité du travail) dont parle C. Dejours (2009) est ici une condition éthique et déontologique.

Ce même cadre nous empêche d'interpréter le matériel au prisme du transfert et du contre-transfert, qui rappelons le avec J. Laplanche (1987), n'ont d'existence que dans le cadre strict de la cure. Cela ne signifie pas que la relation établie tant avec les patients qu'avec les familles d'accueil ne soit pas en prise avec des enjeux intersubjectifs seulement, il me semble que cela représenterait sans doute un dévoiement de la technique psychanalytique de vouloir l'appliquer à un objet et un cadre qui ne sont pas les siens.

Cela permet également de suivre l'évolution du patient au quotidien. Parmi les éléments qui retiennent particulièrement mon attention, le rapport que le patient entretient avec son corps est fondamental. J'y ai accès moins par la verbalisation du patient que par des séries de recoupements entre ce que dit le patient, ce que dit la famille d'accueil, ce que je ressens moi-même et ce que l'équipe infirmière rapporte.

La manière dont le patient investit ou non son corps, la manière dont il parvient à l'habiter sont pour moi des éléments fondamentaux de la dynamique de réorganisation psychique s'opérant au cours du travail thérapeutique. Je développerai comme hypothèse que le corps érotique du patient (et avec lui l'ensemble de son architecture érotique) peut être remanié pour autant qu'il soit mis au travail, dans la relation de soin.

2. Le travail avec les familles.

Dans la constellation de l'A.F.T, l'U.T.A.F.A a une place très particulière, voire unique en France. Indépendante des services d'hospitalisation, elle a dû définir des critères « d'admissibilité » de patients dans les familles d'accueil qu'elle coordonne. Elle recrute elle-même ces familles d'accueil et a donc du définir également ici des « critères ». Et là les difficultés commencent ! Un patient n'est pas admis en famille d'accueil à partir d'un diagnostic médical ni même psychologique ou anamnestique mais en fonction des difficultés qu'il rencontre et auxquelles une prise en charge en famille d'accueil peut répondre. Il a donc fallu définir le travail d'une famille d'accueil et le travail de l'U.T.A.F.A! Les familles d'accueil sont recrutées en fonction d'un « profil d'accueil » qu'elles peuvent proposer et non en termes de compétences ou de parcours professionnel.

Plusieurs entretiens préalables au recrutement sont ainsi réalisés en binôme, comme pour les patients. Ce n'est qu'après un certain nombre d'entretiens⁵⁸ que la candidature peut être proposée à l'administration hospitalière.

Quand une candidature arrive (spontanée, par le bouche à oreille, par les annonces passées dans la presse locale et plus rarement par l'intermédiaire du pôle emploi), la secrétaire remplit par téléphone un questionnaire composé d'indications concernant la taille du logement, de la composition de la famille, de l'activité professionnelle exercée par le conjoint ou la conjointe. Par le questionnaire aussi, l'équipe peut commencer à se faire une idée du logement de la famille d'accueil et de ses capacités d'accueil en termes de place. C'est l'occasion pour la secrétaire de dire aux postulants que le patient doit disposer d'une chambre de 9m² minimum, avec une fenêtre et une porte.

⁵⁸ Variable selon les candidatures.

C'est une première occasion permettant de ne pas poursuivre la procédure quand certains critères ne sont pas remplis.

Ainsi une famille ne touchant aucun revenu autre que celui qu'elle percevrait en accueillant un patient ne peut pas être retenue. Si la loi autorise le recrutement de personnes vivant seules, l'U.T.A.F.A. a fait le choix de ne pas le faire car lorsqu'un patient confié doit être ré-hospitalisé ou lorsqu'il part en week-end, en vacances etc., la personne recrutée ne perçoit qu'une très faible allocation correspondant à la location de la chambre or on sait que les patients de psychiatrie peuvent être ré-hospitalisés et que c'est d'ailleurs souvent le cas pour des périodes plus ou moins courtes. Il nous est donc apparu comme nécessaire de ne pas précariser la vie d'une famille ou de la suspendre à la stabilité de l'état de santé des patients confiés. C'est un choix éthique mais qui se justifie également au regard de ce qu'on estime relever du bon travail. Pour que la famille d'accueil puisse travailler au mieux, il nous est apparu qu'elle ne pouvait pas se soucier de la variabilité des revenus que devrait lui octroyer l'accueil. En somme, nous avons fait le choix de découpler variabilité de la santé du patient et précarisation économique de la famille d'accueil. Ne sont donc retenus que les foyers disposant d'une source de revenu autre que celui reçu de l'accueil du patient. Cela nous semblait également un gage d'authenticité accru dans les échanges que l'on pouvait avoir avec elles. Nous devons nous assurer autant que possible que ce qu'elles choisissent de nous dire (et de ne pas nous dire) ne dépend pas des conséquences financières que tout cela pourrait engager. La question de l'argent, de la rémunération n'est pas accessoire dans ce dispositif. Si le patient ne dort pas au domicile de la famille d'accueil, celle-ci ne touche rien (ou si peu !). Dans le cas d'une personne vivant seule et n'ayant d'autre source de revenu que ce travail, on pourrait très bien imaginer que certaines informations sensibles nous soient dissimulées. Cela ne signifie pas que l'argent ne fasse pas partie des valeurs influençant les choix et les actions de la famille d'accueil mais il nous paraissait nécessaire de ne pas contribuer, par notre organisation de travail, à l'ériger en valeur première au risque sinon de générer des contraintes éthiques difficiles à tenir tant pour la famille d'accueil que pour l'équipe dédiée.

Si à ce stade aucun élément ne vient empêcher l'étude de la candidature, un premier rendez-vous est fixé. Ils sont reçus en couple dans la mesure du possible. L'équipe peut ainsi entendre si le projet d'accueil est partagé par tous les membres du foyer et saisir quelques éléments de la dynamique familiale (ont-ils des loisirs ? des engagements familiaux ? etc.). une fois que l'ensemble des membres de l'équipe a pu rencontrer les postulants, une visite à domicile sociale est organisée. Elle est faite par les infirmières, le médecin, le cadre soignant

et une assistante sociale. Les conditions d'hébergement sont vérifiées (qu'il n'y ait pas de barreaux aux fenêtres de la chambre, que cette dernière soit réellement une pièce et non une pièce-palière, que le reste de la famille ne soit pas contrainte de passer par la chambre du patient pour aller se coucher, qu'aucun des enfants ne se voit retiré sa chambre par l'arrivée du patient etc.) ainsi que les revenus du foyer. Le dossier construit par l'assistante sociale est alors transmis aux ressources humaines de l'hôpital qui alors la recevront.

Lors des entretiens préalables, mon écoute se concentre autour de la place que la famille d'accueil entend laisser au patient (l'adjoindre à la famille, se contenter de lui fournir un toit etc.), sur la manière dont elle se représente un patient de psychiatrie adulte (une personne à « éduquer », à « insérer », à « aimer », à « soigner » ou même encore un grand « enfant à adopter car malheureusement, c'est ce qui lui a manqué » etc.) et sur la manière dont elle peut se représenter le travail qui lui sera demandé et sur les raisons qui l'amènent à postuler (le syndrome de « sauveur », une tradition familiale et/ou maternelle, le besoin de « donner de l'amour », la seule nécessité financière, la curiosité, l'engagement citoyen etc.).

L'ensemble de toutes ces dimensions permettent au fil des entretiens, de tisser un portrait ou un profil d'accueil proposé par la personne candidate (celle-ci sera plus tournée vers l'insertion sociale alors qu'une autre posera comme sa priorité la qualité de l'accueil, une autre mettra en avant le « prendre soin »...)

Et c'est ce profil d'accueil conjugué à la composition du foyer et à l'éloignement géographique du lieu d'habitation que je mets en correspondance avec les besoins que semble présenter le patient en attente d'une place. Certains patients ne veulent pas et d'autres, plus âgés, n'iront pas vers une insertion professionnelle ; pour ces patients-là, une famille accueillante, chaleureuse et tournée plus vers le « prendre soin » que vers l'insertion sociale et/ou professionnelle sera par exemple plus appropriée. Toute est là histoire d'âge, de projet de vie et de possibilités. Pour le dire autrement, cela ne peut pas dépendre seulement de critères psychopathologiques!

Au cours du placement, l'écoute que je peux développer du discours des familles d'accueil se déplace et s'attache à entendre le quotidien vécu par la famille d'accueil, chez elle, avec l'arrivée de cette nouvelle personne qu'il faudra prendre en charge. Ce qui m'intéresse alors c'est d'entendre les aléas et les destins de l'implication subjective de ces accueillants. Cela

ressort de l'inobservable. Pour y avoir accès, je m'appuie donc sur la parole de ces personnes. Alors comment se garantir d'une vérité de ce qui s'échange lors ces entretiens ?

Sans doute la question de la vérité mérite-t-elle ici quelques développements. Ce qui est recherché, ce n'est pas une **vérité de faits** mais une **vérité de ressenti, vécue**. C'est donc davantage la question de l'**authenticité** de la relation qui est un critère d'opérationnalité du travail réalisé dans les entretiens avec les familles d'accueil. Il n'est pas question de les interroger sur ce qu'elles font ou ne font pas mais d'adopter une posture compréhensive.

Le psychologue, investi par beaucoup comme celui « supposé savoir », doit ici sans doute résister à une posture directive ou prescriptive dans laquelle il serait plus commode de se glisser. Car accepter de ne pas savoir est plus difficile et angoissant que donner l'illusion qu'on sait, il me semble. Les difficultés rencontrées par les familles d'accueil au domicile sont rarement énoncées comme telles. Elles apparaissent bien plus de manière « négative » dans le récit du quotidien (dans les blancs, dans ce qui n'est pas dit...) ou de manière « dénégative » (« *ce n'est pas grave* », « *ce n'est pas important* », « *ce n'est rien* », « *je verrai cela avec l'infirmière* » etc.). De ce fait, pour que ces difficultés, ces obstacles rencontrés au quotidien deviennent un objet de travail (clinique et psychique), il faut au psychologue verbaliser ces obstacles émergeant en creux et les constituer comme des énigmes susceptibles d'être accrochées par la pulsion de savoir. Car c'est bien ces énigmes qu'il s'agit de penser, ensemble, dans ces entretiens.

La posture n'est donc ni prescriptive, ni interprétative mais elle se veut compréhensive.

Elle repose sur un engagement mutuel à penser ensemble l'accueil du patient, les effets que cela a sur la famille (à titre individuel et dans le fonctionnement collectif). Même si quelques prescriptions ou suggestions peuvent être faites (aller consulter un médecin spécialiste sur des questions somatiques pour le patient ou pour l'accueillant par exemple), elles se veulent un support d'échanges autour de la solution proposée... qui, au final, ne sera pas nécessairement celle mise en œuvre par l'accueillant. Cela peut aussi être repris par les infirmières lors d'une visite à domicile, reposé comme un problème et repensé au domicile.

Celui qui sait ce qui est à faire au domicile, ce n'est pas le psychologue, c'est la famille d'accueil. C'est elle qui vit avec le patient, au quotidien, hors de l'hôpital, soirs et week-end. Si le psychologue peut avoir une dimension experte, c'est moins dans le savoir que dans l'écoute. Il doit alors pouvoir se mettre dans une disposition à entendre ce qui lui est dit même quand cela vient en contradiction avec ce qu'il pensait du patient et de sa maladie. **Celui qui sait n'est pas celui qui possède le savoir scientifique.** Et il me semble qu'admettre cette

dissymétrie dans les positions de savoir est la condition première pour qu'une relation la plus authentique puisse se construire.

La vérité tient plus de l'authenticité du récit que de la véracité des faits.

Pour avoir accès à ce réel vécu, le psychologue doit admettre qu'il ne sait pas et qu'il se prête au jeu d'un travail de co-construction narrative autour du patient. **Il faut donc admettre dans le même temps que ce qui est raconté, échangé lors de ces entretiens ne correspond pas à des faits vrais mais à des expériences vécues et des points de vue.** Lors de ces entretiens, il n'y a pas d'attendus ni même demandé de « rapport des comportements du patient ». Je leur demande toujours « *comment cela se passe chez vous ?* »

3. Le statut du « récit de travail ».

L'*Evidence Based Medecine* est depuis de nombreuses années maintenant une référence majeure en médecine y compris en psychiatrie, même si elle vient du champ somatique. Dans le champ de la psychiatrie, c'est le modèle épistémologique qui soutient le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), manuel de diagnostique des troubles mentaux élaboré à partir de données statistiques recueillies dans des hôpitaux psychiatriques américains. Actuellement, dans le champ psychiatrique français, le DSM et la CIM (*Classification Internationale des Maladies* établie par l'OMS) sont des références mais font aussi l'objet d'importantes controverses. Ne retenir comme fait scientifique que ce qui est objectivable et mesurable a évidemment des conséquences sur l'organisation des pratiques. Les décisions médicales doivent être prises par ceux qui disposent du savoir nécessaire pour déterminer le fait clinique. Elles ne peuvent pas dans ce cadre être partagées. Selon cette conception, la décision médicale et donc l'orientation des soins et des pratiques soignantes, doit reposer sur des faits objectivés, répertoriés et mesurés. Rien n'est dit de la manière dont se fait, dont se constitue ce fait, si ce n'est qu'il se fonde sur la définition d'une objectivité prétendument exclusive de toute part subjective.

Pourtant comme l'affirmait déjà D. Hume :

« Je ne puis m'empêcher d'ajouter à ces raisonnements une observation qu'on trouvera peut-être de quelque importance. Dans tous les systèmes de moralité que j'ai rencontré jusqu'ici, j'ai toujours

remarqué que l'auteur procède quelque temps de la manière ordinaire de raisonner, et établit l'existence d'un Dieu, ou fait des observations, concernant les affaires humaines ; quand soudain je suis étonné de trouver qu'au lieu de rencontrer les copules habituelles *est* et *n'est pas*, je ne trouve aucune proposition qui ne soit connectée avec des *doit* ou *ne doit pas*. Ce changement est imperceptible, mais a néanmoins de grandes conséquences. Car comme ce *doit* ou *ne doit pas* exprime quelque nouvelle relation ou affirmation, il est nécessaire que celle-ci soit observée et expliquée, et qu'en même temps une raison soit donnée pour ce qui semble tout à fait inconcevable, que cette relation puisse être une déduction d'autres qui en sont entièrement différentes. Mais comme les auteurs n'utilisent pas fréquemment cette précaution, je me permets de la recommander au lecteur, et je suis persuadé que cette petite attention fera succomber tous les systèmes vulgaires de moralité et nous fera voir que la distinction entre le vice et la vertu n'est pas fondée simplement sur la relation entre objets ni n'est perçue par la raison. » (D. Hume, 1739)

Selon D. Hume, les faits n'impliquent pas des impératifs de choix. A ce fait, il faut attribuer des valeurs, des utilités et un contexte. La décision en matière de choix médical implique donc de faire référence aux valeurs des médecins et des patients mais aussi à celles des autres soignants. Si toute décision a toujours pour horizon l'efficacité, elle doit être contextualisée dans la vie du patient et ses activités. **Une décision concernant le soin à apporter au patient (qu'elle porte sur le choix du traitement ou le choix des activités thérapeutiques et même les priorités à définir dans la vie quotidienne) ne peut donc pas être prise sans être contextualisée et référée aux valeurs des protagonistes de la situation soignante. C'est là évidemment un critère éthique mais également un critère d'efficacité et de qualité du soin.** Cette théorie, proche de la *Value Based Medicine* (Médecine Basée sur les Valeurs) ne délègue pas la responsabilité de la prise de décision sur les patients mais elle exige du soignant de faire émerger les valeurs et les préférences du patient au regard de sa vie pour prendre sa décision. Elle de la part du soignant un travail interne pour faire entrer en discussion ses valeurs de soignants et les valeurs de vie du patient ainsi que la prise en compte du récit de vie du patient. En somme, elle fonde tout rapport soignant sur une irréductible singularité multiple : celle des soignants et celle du patient.

Le matériel recueilli lors des entretiens et sur lequel se fonde le suivi au long cours des patients (tant sur le plan médical que concernant sur le plan psychologique et social). Il n'a pas la valeur d'un fait objectif mais celui d'un récit. **Récit de travail et récit de vie, toujours récits de soi** (J. Butler, 2005) qui se mêlent pour donner à entendre comment se font ou ne se

font pas des processus d'élaboration et de symbolisation des expériences corporelles vécues dans le cadre du placement.

Ainsi on ne demande pas aux familles d'accueil de noter ce qu'elles observent, ce qu'elles font puis de donner à lire leur cahier aux infirmiers visiteurs mais de le raconter. En entretien surtout, il leur est demandé de raconter « *comment cela se passe* » chez elle. Le travail d'élaboration de l'activité est continu, entre les entretiens et les visites à domicile. Ce sont des récits de vie quotidienne. Ils ont donc une allure factuelle et descriptive. En première attention et dans ce monde où « *tout va bien* », rien ne suscite l'investigation. Plusieurs raisons concourent à expliquer cela.

La première à relever tient à la caractéristique même de leur activité. Le travail domestique n'est pas facile à décrire autrement qu'au travers d'un listing détaillé de tâches décousues et additionnées, ne produisant ainsi rien d'un récit vivant intéressant le clinicien. D'autant que cette description serait inévitablement partielle et partielle car elle ne peut pas rendre compte de l'ensemble de l'activité réalisée par la famille d'accueil. Ces récits ne s'organisent donc pas autour de comptes rendus exhaustifs de ce qui se passerait vraiment au domicile (véracité impossible à vérifier d'ailleurs) mais autour de deux catégories d'éléments. A la fois des données que l'on pourrait penser relevant du bavardage (le temps, comment travaillent les enfants à l'école etc.) et ne visant pas tant à informer qu'à établir et maintenir la communication ainsi que la relation de confiance⁵⁹ et éventuellement transmettre des éléments généraux donnant accès à l'ambiance générale. Ce qui organise ces discours, c'est surtout le choix de raconter « ce qui importe » (H. Frankfurt, 1988) dans la situation donnée ; ce que l'accueillante aura noté, relevé comme important et ce qui l'aura affectée. Les éléments choisis sont liés constituant, ainsi la trame narrative du récit d'expérience vécue.

La seconde raison tient au fait que de telles descriptions de tâches réalisées invisibiliseraient en fait la charge mentale accompagnant ces activités. Impossible d'accéder à la densité du travail en passant par une description de tâches. Ce mode narratif concourrait donc aux stratégies défensives à l'œuvre présentes dans les « tâches discrètes » (P. Molinier, 2003, op. cit.), tenant ainsi à distance le clinicien.

« Il n'en faut pas conclure, ce me semble, que ce discours soit plus faux ou illusoire qu'un autre ; mais, bien plutôt, que, comme tout discours, il trouve à la fois la condition et la limite de son efficacité dans l'occultation d'une certaine part du réel » (J. Favret-Saada, 1977, p. 329)

⁵⁹ C'est-à-dire des éléments de « communication phatique » telle que la décrit B. Malinowski (1923) - ou encore ce que E. Benveniste (1966) nomme « l'appareil formel de l'énonciation » .

Il s'agit d'accéder à ce que recouvre l'ordinaire quotidien, le travail psychique déployé par ces familles d'accueil qui ne se laisse saisir que dans « l'attention aux conduites ordinaires, aux micro-choix quotidiens, aux styles d'expression et de revendication des individus » (S. Laugier, P. Parperman et P. Molinier, 2009, p.192).

Ce n'est que par les échanges et les questions posées par le clinicien situé hors de la situation vécue rapportée que toutes les aspérités du quotidien se font jour.

« L'ordinaire n'existe que dans cette difficulté propre d'accès à ce qui est juste sous nos yeux et qu'il faut apprendre à voir. Il est toujours objet d'enquête – ce sera le mode d'approche du pragmatisme – et d'interrogation, il n'est jamais donné (...) » (S. Laugier, P. Parperman et P. Molinier, op.cit, 2009, p 187)

Loin d'enjoliver la réalité (V. Sadock, 2003, op. cit.), les familles d'accueil thérapeutique livrent un récit visant à scotomiser les éléments susceptibles de précariser les liens d'investissements nécessaires à la vie ensemble, comme les signes visibles de la maladie par exemple (voir chapitre III). Elles doivent travailler à faire de la situation d'accueil un récit de vie ordinaire que le clinicien aura pour tâche de dénouer, délier en partie pour d'une part susciter la reprise par la pensée mais également pour en retirer des éléments à nouer avec d'autres points d'ancrage des récits infirmiers et médicaux. Ainsi se constitue le matériel clinique. Ce n'est que par cette transformation et ces croisements de récits qu'une réalité authentique peut se dessiner, prise au piège sinon des stratégies défensives et des enjeux psychiques sous-tendant le travail des familles d'accueil et des soignants hospitaliers. Ce n'est que par les croisements de ces différents vécus et récits subjectifs que la vie du placement peut se laisser apercevoir et fournir des clés de compréhension permettant de rencontrer le patient au plus près de ce qu'il vit.

Ces récits sont alors partagés entre les membres de l'U.T.A.F.A et guident les décisions, interventions et actions qui se font au domicile. Le récit du quotidien vécu est donc l'élément central, le « matériau » de ce travail de (re)construction subjective effectué par le patient.

Ces récits sont donc toujours dans le même temps des co-productions car ils ne peuvent s'entendre, se lire et se traduire indépendamment des conditions sociales de leur émergence (c'est-à-dire des contraintes matérielles, morales et intersubjectives).

Il s'agira donc de prendre en compte également le discours des soignants hospitaliers.

4. La prise en compte des discours des soignants hospitaliers et le travail institutionnel.

Ces discours soignants émergent aux décours des discussions informelles, au cours du travail institutionnel dans l'unité. Ils ne sont pas recueillis par des entretiens mais constituent pour autant une donnée importante de l'intelligibilité du travail réel des familles d'accueil.

Ces discours hospitaliers viennent révéler les logiques de domination qui infiltrent les relations de travail. Elles sont soit « bêtes », « elles mentalisent peu », soit elles sont de « bonnes nounous », « elles ne symbolisent pas », « elles ne comprennent pas ». Ces caractéristiques des discours des soignants hospitaliers sur l'activité des familles d'accueil avaient déjà été pointées, à propos d'autres activités dites « féminines » les théoriciens du care ou même par Jeanne Favret-Saada (1977) étudiant la sorcellerie dans le bocage. Tout comme elle, je m'intéresse à ceux appartenant au territoire et de sens commun (par opposition à ceux qui se réclament de la science) et qui ont à traiter « ceux qui ont été pris ». Tout comme elle, il m'a fallu me départir de l'ironie, voir de la condescendance que mon terrain et mon approche clinique ont pu susciter de la part des « scientifiques ». Tout comme elle il m'a fallu accorder une valeur au discours de ces personnes en charge de traiter « ceux qui ont été pris par le Mal ».

Le discours des soignants porté sur le travail des familles d'accueil des patients de psychiatrie, porté sur le travail de celles qu'ils mettent en charge de prendre soin de leurs patients vient dire quelque chose du travail de soin en psychiatrie et d'une manière générale dans notre société. Prendre en considération ces discours est donc un choix méthodologique permettant une description qui vient « par différence » et qui interpelle et éveille l'attention. C'est un « garde-corps » éthique pour ma part. C'est aussi, il me semble la seule voie méthodologique possible pour pouvoir accéder à une certaine authenticité scientifique, au réel du travail des familles d'accueil alors dégagé d'une grande partie des préjugés qui en contamine la représentation. C'est aussi une manière de traiter le travail autrement qu'à partir du récit de ceux qui le font car le récit des familles d'accueil fonctionne avec les codes du récit expérientiel ce qui démontre un traitement tout à fait spécifique du réel mais qui n'en rend pas moins authentique le matériel livré.

Sur un plan méthodologique dans l'écriture de la thèse, l'approche du travail des familles d'accueil ne peut donc se faire que par deux voies. Tout d'abord par « contraste » avec les métiers proches et/ou connexes mais aussi en partant de ce que nous disent les prescriptions

de travail qui leur sont faites. Les spécificités du travail des familles d'accueil (notamment le traitement spécifique du réel qu'elles font et le privilège accordé à la vraisemblance plutôt qu'à la vérité) nous poussent à effectuer un travail de « recomposition » de ce dernier en prenant en considération l'hétérogénéité des matériaux cliniques disponibles (entretiens, visites à domicile et compte rendu de ces visites, interprétations issus du travail institutionnel, groupes mensuels des familles d'accueil).

Le matériel recueilli au cours de la prise en charge des patients est donc constitué de mes notes prises après les temps d'entretien (donc de la production de mon propre travail intrapsychique) et des compte rendus semestriels que j'écris, partagés avec les autres membres de l'équipe, concernant le patient et la famille d'accueil. Les entretiens (et donc le matériel issu de ces derniers) ne sont pas des entretiens de recherche mais des entretiens cliniques, engagés dans l'action thérapeutique. L'ensemble donne naissance à des « histoires de placement » constituées d'une part de ma propre recomposition subjective des événements, des faits vécus par les patients et les familles d'accueils, des données anamnestiques concernant les patients et de mes notes personnelles résultant du travail institutionnel dans sa globalité.

III) Des limites de la recherche

Tous les A.F.T ne fonctionnent pas comme l'U.T.A.F.A. Certains ne sont pas organisés en unités⁶⁰, d'autres orientent le travail des familles d'accueil vers un compte-rendu écrit et remis aux infirmiers⁶¹. Souvent ils n'ont pas la liberté de refuser d'admettre un patient en famille d'accueil⁶². Le travail de l'U.T.A.F.A représente donc une pratique d'A.F.T et une pratique de soin en psychiatrie singulière et unique. Aussi le lecteur de ce travail pourrait se demander en quoi une analyse si spécifique pourrait donner naissance à des considérations générales sur le

⁶⁰ Ainsi à Ville Evrard, chaque service peut recourir à des familles d'accueil mais les infirmiers sont ceux du service. Leur travail n'est pas spécifique à l'A.F.T et pourtant les visites à domicile d'A.F.T, telles qu'elles sont faites à l'U.T.A.F.A, ne sont pas du tout les mêmes que des visites à domicile classique.

⁶¹ Aux dires d'une des accueillantes travaillant à la fois avec nous et Saint Anne, les V.A.D (visites à domicile) ne sont que d'une par mois. Y est lu alors le « cahier » des familles d'accueil en présence du psychologue et d'un ou plusieurs infirmiers.

⁶² Selon ce que me relatait l'un d'entre eux, c'est une contrainte imposée aux infirmiers de Soisy.

travail de soin auprès d'adultes atteints de psychose dissociative et sur la psychopathologie. On pourrait alors taxer cette étude de particulariste mais c'est là toute l'objection que l'on pourrait opposer à un savoir qui se voudrait issu de la clinique singulière. Pourtant, nous l'avons vu précédemment, il ne peut pas y avoir de savoir psychopathologique autrement qu'à partir de la clinique singulière.

Il faut convenir du fait que les hypothèses et résultats proposés dans cette recherche ne peuvent pas se dissocier du contexte organisationnel dans lequel ils prennent place. C'est également pour cette raison que la question de l'anonymisation du nom de l'unité ne pouvait pas se tenir jusqu'au bout.

La convocation du corpus de la psychodynamique du travail s'est imposée comme une nécessité éthique (maintenir au centre de mon approche clinique le travail des familles d'accueil, condition sine qua non pour les recevoir en entretiens individuels) mais aussi liée à la rigueur scientifique (maintenir la référence à la conception psychanalytique de la subjectivité et en même temps m'appuyer sur une conceptualisation du travail) et à un besoin clinique (comprendre ce qui se passait pour les patients accueillis dans ces familles d'accueil). C'est à partir de des spécificités de mon travail que la référence à la psychodynamique du travail s'est imposée dans ma pratique clinique et institutionnelle : le travail réel des membres de l'unité s'articule et se fonde sur le travail réel des familles d'accueil or ce travail restait impensé et non écrit. Pour comprendre mon travail, je devais en passer par la compréhension du travail des infirmiers et des familles d'accueil de l'U.T.A.F.A. Les corpus épistémologiques classiques en A.F.T (la psychanalyse, la psychiatrie et la sociologie) ne recouvrent que partiellement ce qui peut en être dit en raison de l'absence d'une théorie du travail... Comme si le soin (et a fortiori en psychiatrie) n'était pas un travail ; comme si ce que font les familles d'accueil, « *ce n'est pas du travail... c'est de l'accueil !* »⁶³.

Et à l'autre pôle, tous les corpus épistémologiques faisant une place au travail (philosophie, sociologie, psychosociologie) me semblaient soutenir une conception de la subjectivité exempte de la sexualité qui l'anime.

⁶³ Je reprends là ce que peut régulièrement me renvoyer une infirmière quand il s'agit de penser la matérialité de l'action thérapeutique des familles d'accueil.

Chapitre III - La clinique du travail de soin des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie adulte.⁶⁴

« Il est commode qu'il y ait ainsi un lieu d'imbéciles
où serait cantonné l'imaginaire »
Jeanne Favret-Saada, 1977

La référence à une théorie du travail s'impose donc tant d'un point de vue clinique que théorique.

On ne peut pas comprendre les effets thérapeutiques produits par l'action des familles d'accueil thérapeutiques sur des patients psychotiques chroniques si on ne la pense pas comme un travail et une mobilisation de la subjectivité dans son ensemble.

On ne peut pas éprouver la validité de la production d'une connaissance scientifique sans considérer le travail effectué par le chercheur.

Cette analyse clinique n'a pas reposé sur la mise en place d'un dispositif « classique » d'analyse du travail en psychodynamique du travail mais il s'est agi d'aller convoquer le corpus théorique constitué par C. Dejours pour penser cette clinique particulière qu'est l'A.F.T. Le choix de la psychodynamique du travail s'est imposé par la définition de la subjectivité sur laquelle la discipline s'appuie, celle portée par la psychanalyse et par sa référence à une théorie sociale construite autour de la centralité du travail. Selon moi, dans le champ de la clinique du travail, seule la psychodynamique du travail s'appuie sur la définition du sujet posée par la psychanalyse et du coup, ne peut être qualifiée de psychodynamique du travail que la clinique s'appuyant sur cette même définition.

Le travail se définit par l'ensemble de la mobilisation subjective déployée par un sujet pour effectuer une tâche encadrée par des contraintes matérielles et sociales. On ne travaille qu'en engageant sa subjectivité et c'est en raison de cet investissement que le travail est à la fois un

⁶⁴ Pour une meilleure lisibilité, les verbatim des familles d'accueil, patients et équipes hospitalières sont mis entre guillemets et en italique.

Pour faciliter la lecture, les accueillants sont désignés par Me, Mr et une initiale. Les patients sont désignés par un prénom. Les noms et prénoms ont à chaque fois été modifiés.

vecteur fondamental de l'épanouissement de soi mais aussi, quand cela se passe mal, de vécus douloureux pouvant aller jusqu'à la déstabilisation de la santé.

Travailler c'est toujours faire l'expérience du doute, de la peur, de la douleur, de la fatigue ou encore de l'échec. C'est parce que quelque chose m'empêche de faire ce que je dois ou ce que je veux faire que cela m'impose de faire des efforts pour le surmonter. C'est donc à cause de cette première expérience désagréable que je me mets au travail, que je me mobilise. C'est par la confrontation à ce qui me résiste et s'impose à moi comme une « énigme », que je mobilise mon intelligence et ma pensée. Cette expérience est ressentie. Elle passe donc par un corps ; un corps qui est affecté donc un corps qui ressent et est incarné, le corps libidinal décrit par la psychanalyse. Ce corps engagé dans le travail n'est pas seulement un corps biologique ou physique donné à la naissance. C'est un corps qui s'est construit, le produit des relations infantiles.

Le travail de production matérielle (*Poïesis*) ne peut pas exister sans le travail psychique (*Arbeit*) qu'il nécessite et engendre. Il convoque la subjectivité toute entière. Nous nous mettons au travail parce que quelque chose échappe à la maîtrise et à la technique et nous met en difficulté (le réel en psychodynamique du travail) et pour que le corps puisse trouver les solutions, sentir le réel, il faut plus que la seule sensibilité, l'expérience est aussi fondamentale. C'est seulement après avoir échoué plusieurs fois, après avoir réessayé, que la solution pourra être inventée. Il faut donc supporter les échecs successifs, persévérer dans la tâche, pour acquérir des habiletés nouvelles ou jusqu'alors insoupçonnées.

Le génie ne se pense pas indépendamment du travail et de l'effort. Travailler ce n'est donc pas seulement produire mais aussi mettre son corps à l'épreuve. C'est une possibilité de développement de soi. Le travail n'est pas seulement un exutoire possible à l'excitation mais il permet de remanier l'économie pulsionnelle dans son ensemble voire de l'enrichir. Et à ce titre, il constitue une promesse d'épanouissement, de gain subjectif. Condition *sine qua non*, le sujet doit accepter de se laisser habiter, préoccuper, y compris jusque dans son sommeil: Le rêve est même un temps fondamental dans la perlaboration de l'expérience corporelle. Par ce travail interne s'obtient la familiarisation avec la tâche et la matière, et par ce processus de participation du rêve, le travail colonise la subjectivité toute entière.

L'invention de la solution remanie «l'architecture psychique corporelle» (C. Dejours, 2009, op. cit.) nécessaire au développement des habiletés. Travailler c'est donc aussi se confronter à sa propre difficulté, sa propre résistance à se transformer et évoluer pour (re)traduire et dépasser les habitus. Nous pouvons considérer que tout travail confronte le sujet, par la

médiatisation de la réalité de l'obstacle réel, à la résistance de son propre inconscient. La découverte de ces habiletés nouvelles ou insoupçonnées n'est possible que par la pensée et le travail intrapsychique de traduction de l'expérience de l'inconfort et de l'impuissance. L'expérience du travail, moment de déstabilisation de la vie psychique par la mise en jeu le corps, peut constituer une voie de réparation des ratés de la construction du corps érogène de la prime enfance.

Toute pensée serait celle d'une expérience du corps qui, par le truchement de l'excitation pulsionnelle, devient «mesure de l'exigence de travail qui est imposée à l'animique par suite de sa corrélation avec le corporel» (Freud S., 1915, p169). À partir de cette définition des origines de la pensée, loin de n'être que l'activité de production socialement définie, le travail aurait une existence sur la scène psychique et mériterait d'acquérir une place dans l'édifice métapsychologique. La manière dont ce corps pourra ou non être affecté, éprouvé puis la possibilité pour ces expériences corporelles à se constituer comme exigence de travail pour la pensée, représentent alors le *primum movens* de la vie psychique, le principe animique, ce qui nous anime. Cela serait donc la définition même de l'action thérapeutique des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie adulte : **Par leur travail, relancer le travail intrapsychique des patients confiés**. Dès lors, il nous faut caractériser et décrire ce travail.

Le travail est un rapport au réel qui ne se fait connaître au sujet que par l'expérience désagréable qu'il lui impose. La *souffrance* entendue à la fois comme épreuve et moteur de l'effort est donc intrinsèque au travail qui a alors pour fonction de lutter contre cette souffrance initiale. Elle peut alors connaître trois destins.

La souffrance initiale peut être transformée en plaisir et en gain subjectif mais elle peut faire aussi l'objet d'un traitement défensif. Quand le traitement de la souffrance échoue, elle devient alors pathogène et a des conséquences délétères pour la santé du sujet, sur le plan somatique et/ou psychique. Retenons juste ici que la souffrance devient pathogène quand les conditions sociales et organisationnelles du travail empêchent les traitements défensifs individuels et collectifs de cette souffrance et quand ils barrent la dynamique de la reconnaissance. La souffrance ne devient donc pathogène que dans un second temps.

Travailler, c'est toujours se voir confronté à l'imprévu, à l'aléa, à la panne, à l'échec. Tout travail nécessite donc la mise en œuvre d'une pensée mais dans le même temps, le travail est toujours un rapport social, collectif qui «vit par l'invention et l'appropriation de savoir-faire collectifs» (I. Gernet et C. Dejours, 2012, p44). Il suppose la «coordination» des intelligences. Tout travailleur accorde son travail à un collectif, lequel produit, entretient, remanie les règles de

travail. Pour exister, le collectif a besoin de règles. D'une part des règles données par l'organisation du travail (ce qu'on appelle la coordination) et d'autre part, les règles établies par les sujets au travail (ce qu'on appelle la coopération).

I) La coordination et le travail prescrit.

1. La coordination.

La famille d'accueil dépend d'une équipe hospitalière pluridisciplinaire. Cette unité fonctionnelle et intersectorielle dépend elle-même de l'autorité d'un chef de service⁶⁵, d'un chef de pôle et de la direction de l'hôpital. C'est à partir de l'U.T.A.F.A que le travail s'organise. L'U.T.A.F.A est en charge d'effectuer le traitement des candidatures des familles d'accueil, de recevoir les candidats puis de soumettre les candidatures pour approbation au service des ressources humaines. C'est également à l'U.T.A.F.A et surtout aux infirmières que revient la charge d'organiser les plannings, d'organiser les départs et arrivées de patients mais aussi les congés des familles d'accueil. Tous les mois, la secrétaire, en concertation avec les infirmières remplit des fiches retraçant les présences des patients au sein des domiciles des familles d'accueil. Avec une base fixe, elles sont toutefois payées au prorata des nuitées passées par le patient au sein du domicile. De cette « cotation » effectuée par l'U.T.A.F.A dépend en grande partie, le salaire des familles d'accueil. Elle reste autonome dans cette tâche et peut donc intervenir sur la rémunération des familles d'accueil. La coordination du travail se fait donc en partie par l'U.T.A.F.A.

Si l'A.F.T est bien une « indication médicale », prescription souvent effectuée par des hommes (même si le métier se féminise...), elle est interprétée par un collectif féminin.

Un médecin pense que son patient devrait faire un parcours en famille d'accueil, il vient alors « présenter » la candidature et le profil du patient (ses antécédents, ses troubles, les liens familiaux qu'il a ou n'a pas etc.). Dans un second temps, l'équipe de l'U.T.A.F.A examine cette candidature et envisage les possibilités d'un patient d'être en famille d'accueil mais

⁶⁵ Depuis la loi HPST de 2007 (et les renforcements qui sont annoncés dans la prochaine loi de santé Touraine en cours d'élaboration), la fonction de chef de service disparaît dans les statuts mais reste tout de même légitime au regard du travail. Si sous la présidence de N. Sarkozy les secteurs et les chefs de services disparaissaient des statuts, ils étaient toujours en place ce qui risque de ne plus être le cas dans la prochaine loi de santé.

surtout les difficultés que cet accueil va revêtir. La détermination des acteurs en jeu dans un placement n'est jamais standardisée⁶⁶ mais toujours le fruit d'une décision concertée et argumentée. Cette décision s'appuie en grande partie sur les intuitions et l'expérience des membres de l'équipe qui émettent des hypothèses de « scénarios d'accueil » c'est-à-dire de configurations possibles. Il n'y a jamais aucune garantie que le placement fonctionne mais ce qui est envisagé, imaginé par l'équipe dédiée, ce sont les couples possibles famille-patient et les associations impensables. Par exemple, un patient que le bruit et l'agitation angoissent n'intégrera pas le domicile d'une famille qui a de jeunes enfants. Ce n'est qu'une fois le placement engagé depuis plusieurs mois que la mise à l'épreuve, la justesse de ce scénario peut se vérifier ou s'infirmier. Lors de cette phase également, se définissent les axes de travail que la famille devra mettre en œuvre selon des indications infirmières.

Les infirmières de l'U.T.A.F.A, jouent donc un rôle majeur dans la mise en place de la coordination du travail et dans l'articulation des équipes, entre les espaces de soin (hôpitaux de jour, services d'intra-hospitalier, C.A.T.T.P etc.) et les familles d'accueil mais également avec l'administration.

Parce que l'équipe dédiée au placement est en charge de coordonner le travail et le prescrit, il est souvent conclu que la dimension thérapeutique du placement ressortirait au travail institutionnel des hospitaliers. Mais cela reviendrait, il me semble, à mépriser la qualité du travail des familles d'accueil. Ce serait le travail fait ensemble et l'articulation du travail de la famille d'accueil et de l'U.T.A.F.A qui confèrerait sa dimension thérapeutique au placement.

La psychodynamique du travail, à la suite des travaux en ergonomie, s'appuie sur une distinction majeure entre le prescrit et le réel pour définir le travail. Cela est éminemment vrai pour tout travail thérapeutique même le moins « savant ». Et je dirai même que sans les apports de la psychodynamique du travail, il est impossible de comprendre la densité et la qualité soignante du travail de ces familles d'accueil que l'on ne peut pas honnêtement et éthiquement considérer comme de simples exécutantes, sous-traitantes du soin.

2. Le travail prescrit.

Les prescriptions de travail qui sont faites sont ambiguës : d'un côté, on dit à ces familles de vivre normalement et qu'elles sont payées pour cela – on insiste même beaucoup sur l'interdiction d'interpréter le comportement du patient ou encore de se positionner comme

⁶⁶ Entendons par là uniquement indexée en fonction de la disponibilité de « places »

thérapeute auprès de lui- et en même temps, on leur demande de faire de leur foyer un espace thérapeutique. Même si elles ne sont pas clairement édictées, on peut faire une liste des prescriptions de travail : « intégrer le patient à sa famille », « fournir au patient un cadre de vie chaleureux », « assurer la continuité des soins du patient, lui administrer son traitement quand il n'est pas injectable », « prendre en charge l'hygiène du patient et veiller à ce qu'il ait ce qui lui faut (produits d'hygiène, vêtements), « autonomiser le patient », « socialiser le patient ».

On peut alors les regrouper en trois grands domaines : « intégrer le patient à son foyer et le garder », « prendre soin et prendre en charge » et enfin, « soigner, traiter, autonomiser et amener le patient vers autre chose ».

a) Intégrer le patient dans sa famille et à son foyer. Travail émotionnel, travail affectif.

Le patient n'est pas en « face à face » avec son accueillant mais est « intégré » à la vie familiale. C'est là la première prescription de travail : intégrer le patient dans sa vie familiale. Comment procède donc cette « intégration » et comment la décrire, qui la met en place ? Le travail prescrit est-il réalisable ?

Les prescriptions de travail faites par l'hôpital (faire le travail d'accueil familial thérapeutique), sont transmises par les infirmières en visite à domicile. La principale d'entre elle et dont découlent les autres se compose de deux versants : intégrer le patient à sa vie familiale et « *ne pas être soignant* ». « *On vous demande d'être nos yeux, pas d'interpréter* », c'est ainsi que les infirmières décrivent le travail qu'elles attendent des familles d'accueil. Et elles complètent par « *on tient à ce que vous ne soyez pas soignant* ». Leur travail est donc défini aux familles d'accueil d'abord de manière négative. Ce n'est que dans un deuxième temps, en négatif pour ainsi dire, que la première prescription de travail apparaît : intégrer le patient à la vie de sa famille. On demande à ces personnes d'intégrer un patient psychotique à leur quotidien et à leur foyer ce qui introduit une nouvelle ambiguïté : l'intégrer à sa famille c'est-à-dire avoir avec lui des liens affectifs privilégiés tout en gardant à l'esprit qu'il n'appartient pas à leur famille et que ce qu'elles font avec lui est bel et bien un travail sur lequel désormais elles seront évaluées. **C'est un travail affectif.** L'investissement affectif servant le travail auprès de l'adulte accueilli n'est pas naturel mais fait l'objet d'une prescription et d'un travail.

Arlie Hochschild a défini le « travail émotionnel » (1983) comme une maîtrise des émotions en jeu dans le travail, c'est-à-dire la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions ainsi que celles d'autrui. C'est essentiellement sur les activités de services qu'elle s'est penchée. Elle y faisait l'observation que les travailleurs doivent fréquemment « gérer » leurs propres émotions mais aussi celles du client, du bénéficiaire du travail. Elle distingue deux types de travail émotionnel : d'une part le « jeu superficiel » (*surface acting*) où on feint les émotions non réellement ressenties et le « jeu en profondeur » (*deep acting*) où les individus cherchent à ressentir les émotions exprimées. Les deux types de travail émotionnel peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale : si dans le jeu superficiel, les individus peuvent se voir confrontés à une « dissonance émotionnelle », dans le jeu en profondeur, ce même individu peut éprouver une « aliénation émotionnelle » (A. Soares, 2003). Selon A.S. Wharton et R.J. Erickson (1993), dans tous les types de travail, il existe toujours un certain degré de travail émotionnel. Et il me semble que dans tout travail soignant (hospitalier ou non), cette question des émotions est au rendez-vous.

Selon A. Hochschild, deux types d'approches se distinguent au sein de la théorie sociale. Elle se démarque de la première approche qu'elle nomme « organiciste » :

« Selon le point de vue organiciste, la question centrale concerne la relation qui existe entre les émotions et les « instincts » ou « pulsions » d'origine biologique. Dans une très large mesure, ce sont les facteurs biologiques qui entrent en ligne de compte dans les questions que les théoriciens organicistes posent. Les premiers écrits de Sigmund Freud, de Charles Darwin et, dans une certaine mesure bien relative, ceux de William James sont conformes à ce modèle. Le concept d' « émotion » renvoie principalement aux fragments d'expérience dans lesquels il n'existe aucun conflit entre l'un ou l'autre aspect du moi : l'individu « déborde », il est « submergé ». L'image qui nous vient est celle d'un syndrome réflexe soudain et automatique-, comme l'expression instantanée d'un grognement féroce pour Darwin, le relâchement d'une surcharge de tension à un point de rupture donnée pour Freud, le concept de réaction viscérale sans intermédiaires et instantanée en réponse à un stimulus perçu, pour James et Lange, autant de conceptions, qui ne renvoient à aucune influence sociale » (A. Hochschild, 2003, p. 23)

Et elle souscrit à une approche qu'elle nomme interactionniste pour laquelle les émotions s'imprègnent des influences sociales et qu'elle réfère aux travaux de T. Mills, E. Goffman, R. Lazarus et certains aspects de la pensée freudienne.

Elle se réfère essentiellement à E. Goffman et à S. Freud mais tout en se démarquant des deux dans le même temps parce que « le moi en tant que gestionnaire des émotions est une idée qui emprunte aux deux côtés, à E. Goffman et à S. Freud, mais qui ne cadre parfaitement ni avec l'un ni avec l'autre » (A. Hochschild, 2003, p. 25).

Elle définit alors le travail émotionnel :

« Par « travail émotionnel, je désigne l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment. « effectuer un travail sur » une émotion ou un sentiment c'est, dans le cadre de nos objectifs, la même chose que « gérer » une émotion ou que jouer un « jeu en profondeur ». Il faut bien noter que le travail émotionnel désigne l'effort - l'acte qui consiste à essayer - et non pas le résultat, qui peut être réussi ou non. Les ratés de la gestion des émotions donnent accès aux formulations idéales qui guident l'effort et, pour cette raison, ne sont pas moins intéressants qu'une gestion émotionnelle réussie ou efficace. (...) Le travail émotionnel est différent de la « suppression » ou du « contrôle » émotionnel ». (A. Hochschild, 2003, p. 32-33)

C'est en fondant son analyse sur le concept de « travail émotionnel » qu'elle s'est ensuite penchée sur l'activité des nourrices à partir de la question de l'attachement dans le travail (A. Hochschild, 2004). Pourtant, à la lumière des définitions données par A. Hochschild, il apparaît alors que le travail des familles d'accueil – dont nous avons déjà précisé les accointances avec l'activité des « nourrices » - n'est pas un *travail émotionnel*, fût ce-t-il « en profondeur » mais bien un *travail affectif*. La théorisation d'Hochschild, si elle s'appuie sur des éléments de la pensée freudienne fait pourtant le sacrifice de la référence à l'inconscient. Les contraintes encadrant le travail ne sont chez Hochschild que celles provenant d'un extérieur, du champ social. **Aucune place n'est faite dans sa théorisation, à l'inconscient. Le travail émotionnel n'est effectivement pas un travail affectif.** L'affect renvoie inmanquablement à la pulsion dont il représente une traduction, à la sexualité, au corps et à l'inconscient. Faire référence à l'inconscient, c'est considérer que les actes et les conduites relèvent pour partie d'un déterminisme psycho-sexuel fondamentalement a-moral et a-social. Dans la théorie freudienne, la vie avec d'autres implique des renoncements et des limites imposées à la pulsion passant par un travail difficile de soi sur soi (Arbeit), un « domptage de la pulsion » (S. Freud, 1937). Dans cette perspective, l'excitation pulsionnelle représentée par l'affect amène à considérer aux côtés des déterminations sociales externes, une détermination interne aux conduites sociales. **Pourtant ce n'est que par la convocation de l'inconscient dans le travail thérapeutique que l'on peut entendre les effets de « transformations subjectives » (dans le rapport à soi-même comme dans le rapport aux autres) observés chez les patients accueillis et entendus dans le discours des familles d'accueil en**

psychiatrie adulte. Car il ne s'agit effectivement pas de simples remaniements de l'économie psychique ou encore d'une meilleure « adaptation » au monde social : Les patients de psychiatrie peuvent dire ressentir du plaisir dans la relation à leur propre corps. Ils ne font pas que s'adapter à des contraintes sociales, ils peuvent établir avec elles des compromis.

Et les familles d'accueil ne font pas qu'un travail de gestion des émotions au contact de ces patients mais doivent les « aimer ». Elles disent devoir « *aimer le patient* » pour pouvoir s'en occuper au quotidien, tous les jours, alors même que le patient-lui ne manifeste aucunement ce type d'affection ou encore la moindre gratitude authentique.

Il ne faut pourtant pas s'y tromper, si l'attachement affectif est réel, l'amour désigne certainement bien autre chose qu'un amour maternel ou un amour amoureux. Il me semble que par l'usage du terme d'amour, les familles d'accueil viennent désigner un investissement affectif autrement incaractérisable. C'est sans doute à la fois le terme le plus proche, le plus simple mais aussi celui permettant de se défendre, par avance, des condamnations sociales si répandues dont elles font l'objet (elles ne feraient ce travail que par appât du gain aisément réalisable). Tout comme la naturalisation de ce qu'elles font, la revendication d'un amour pour le patient me semble servir des fins défensives⁶⁷.

Autrement dit, d'une part, je ne suis pas certaine que ces femmes ressentent un « amour » pour ces patients même si elles s'engagent affectivement de manière authentique, et ce qui les transforme en retour. Et d'autre part, l'« amour » dont il est ici question me semble se référer à ce que l'on désigne comme « amour maternel » qui n'est pas constitué que d'affects positifs et bienveillants ! Cet « amour » me semble désigner une formation psychique complexe vouée à dénier en partie les déterminations psycho-sexuelles à l'œuvre dans les conduites de maternage et de soin à un autre. Il sert donc la socialisation de ce qui ne l'est pas par nature !

Les familles d'accueil en psychiatrie adulte ne font pas un travail émotionnel mais ce que j'appellerai un travail affectif.

Cette prescription de « ne pas être soignant » repose alors sur un autre paradoxe : travaillez mais sans le faire de manière professionnelle ou « *vivez normalement, comme à votre habitude et selon la manière dont on vous l'a à vous-même appris* ». Le naturel se trouverait

⁶⁷ Ou peut-être faut-il entendre « aimer le patient » comment voulant dire « aimer le travail avec le patient et les enjeux du placement ».

alors l'objet d'une prescription de travail. Il s'agit en fait pour ces infirmières de distinguer le travail des familles d'accueil de leur propre travail, sans doute plus que du travail hospitalier en général. Comment ne pas voir dans ces distinctions des mesures défensives de leur propre identité professionnelle ? De cette manière, elles gardent la prévalence sur le savoir. Implicitement, elles reproduisent un ordre hiérarchique entre celles qui savent et celles qui font. Face aux familles d'accueil, elles sont celles qui savent alors qu'à l'hôpital, elles sont celles qui font (« *le petit personnel* » comme elles le répètent de façon ironique). Elles reproduisent ainsi la hiérarchisation verticale qui a envahi les organisations de travail en psychiatrie et que pourtant les plus anciens (infirmiers psychiatriques) dénoncent comme un facteur de souffrance au travail et de dégradation de la qualité du travail. Ces « *vieux infirmiers psy* » décrivent dans les équipes de psychiatrie une verticalisation de l'organisation de travail empêchant la parole de circuler, empêchant donc le travail et générant des passages à l'acte institutionnels. Cette verticalisation est identifiée comme un des facteurs des désorganisations du travail auxquelles les infirmiers eux-mêmes participent (en mettant par exemple la parole médicale dans une forme de toute-puissance non discutable⁶⁸) et est reproduite hors des limites de l'hôpital.

Le travail des familles d'accueil ne saurait se confondre avec le leur. D'une manière ambivalente, elles peuvent à la fois dire qu'elles seraient tout à la fois en mesure de faire ce que les familles d'accueil font : Elles ont les compétences pour soigner et prendre soin (rythmer le quotidien du patient, mettre en place des habitudes de vie, donner le traitement etc.). Mais dans le même temps, elles affirment avec force qu'elles ne « *pourraient pas faire ce travail* »... c'est-à-dire accueillir chez elles un patient de psychiatrie 24h/24. Par là, il me semble qu'elles n'entendent pas reconnaître aux familles d'accueil des compétences qu'elles-mêmes n'ont pas mais bien des particularités psychiques et psychopathologiques qu'elles ne reconnaissent pas comme leur « en tant que soignant détenteurs d'un savoir sur la maladie ». Comme si le savoir sur la psychose nous en protégeait... on flirte là avec la pensée magique. C'est sans doute cette partie-là du travail des familles d'accueil qui leur est la plus spécifique et qui peut-être fait l'intérêt thérapeutique de cette forme de prise en charge. L'intérêt de tels placements consisterait dans un cadre soignant qui ne serait plus celui de l'hôpital (même si s'agit tout de même de tâches hospitalières que je qualifierai de « délocalisées ») mais celui

⁶⁸ Un cadre infirmier s'exprimant sur le sujet me disait récemment être entré dans une ère de « dictature médicale » que les équipes ont collaborée à mettre en place.

de la société ordinaire, non détentrice d'un savoir scientifique sur la maladie et de techniques de soin. Ces patients sont-ils réellement « hors de l'hôpital » alors qu'ils ont toujours un statut administratif de « patient hospitalisé »? Ces familles d'accueil ne sont-elles pas « *soignantes* »⁶⁹ alors que leur est délégué la mise en place et la veille pratique concernant la continuité des soins, l'administration des traitements non injectables ou même encore le traitement de certains symptômes comme l'incurie ?

Le travail prescrit ne se compose pas de consignes de travail et d'une fiche de poste. Elles peuvent saisir ce que l'on attend d'elles quand elles nous « racontent » en entretien « comment cela se passe chez elle », comment se passe la vie avec le patient et que nous leur demandons de modifier leur façon de faire et parfois leur manière de vivre ensemble. On leur demande donc de modifier leur façon d'être et de vivre (parfois de manière quasi insensible) en fonction du patient. L'idée est de trouver le « compromis » entre le patient et la manière de vivre de la famille d'accueil. C'est ce compromis qui bouge sans cesse, qui connaît des ajustements constants. Le naturel n'est donc pas prescrit mais il subit des ajustements en fonction des nécessités du placement et des ambitions thérapeutiques formulées pour le patient placé. Le travail des familles d'accueil consiste donc en la modification et la plasticité constante du vivre ensemble quotidien. Il ne peut donc pas être sans conséquences sur les autres membres de la famille et leur propre manière de vivre avec l'autre. Le travail s'apprend « en marchant » c'est-à-dire en pratiquant, en allant au fur et à mesure que des difficultés apparaissent dans le quotidien. D'ailleurs, si la famille d'accueil et le patient se sont entendus de manière implicite concernant certaines règles du vivre ensemble, il n'y a pas besoin de prescriptions émanant de l'U.T.A.F.A (comme par exemple concernant l'heure du coucher du patient). Il ne se laisse pas décrire sous forme de consignes mais plutôt dans un vide descriptif que des limites et des interdits, formulés en entretien ou lors des V.A.D et en raison d'une difficulté rencontrée dans le quotidien, viennent progressivement délimiter.

Vivre ensemble, c'est non seulement vivre sous le même toit mais c'est surtout partager du temps, des activités et participer sur le mode de la coopération à la vie du foyer et aux tâches domestiques. Un « bon » accueil thérapeutique, ce n'est pas juste louer une chambre, c'est surtout donner sa place à un sujet dans un groupe familial et lui transmettre des valeurs. Cela passe notamment par le partage. Pourtant cette routine ne débouche pas nécessairement sur

⁶⁹ C'est-à-dire n'appartenant pas aux catégories de personnel soignant de l'hôpital. Les médecins, les psychologues etc. ne font pas partie de cette catégorie de « personnel soignant »

une autonomisation du patient dans la vie quotidienne, redoublant ainsi l'aliénation (le patient effectuerait les tâches et activités quotidiennes pour lui et non pour la famille d'accueil ou pour son infirmière référente). Comment ces prises en charge s'appuyant sur la répétition peuvent-elles contribuer à l'émancipation de nos patients de leur psychose ? Quelle place donner au patient accueilli ? **A partir du constat clinique et empirique que ce type d'action thérapeutique produit des effets sur les malades et que des patients peuvent s'insérer dans une vie ordinaire, je formulerai l'hypothèse que la routinisation du patient constitue la base de leur autonomisation qui ne peut devenir effective qu'à partir du moment où le patient peut prendre du plaisir à faire de lui mêmes les gestes du quotidiens. Il ne suffit pas de les mettre sur des rails... il faut encore que les patients veuillent y rester... L'autonomie naît des habitudes, elles-mêmes fruit du plaisir pris dans l'activité routinière et rythmée. Toutefois il faut préciser que le plaisir ne naît pas ni des habitudes, ni de la répétition. Il prend sa source dans la manière dont le corps est engagé. Le plaisir de manger à table avec les autres, de se retrouver à heures fixes, de faire sa toilette... est rassurant c'est la réussite de ces expériences avec le plaisir qui les accompagne qui sont au contraire au principe de la création d'habitudes**

Corollaire à l'intégration des patients au sein de leur foyer et de leur famille, est prescrit aux familles d'accueil une forme de lien affectif et d'attachement. Il leur est demandé de « *faire preuve de chaleur humaine* » et donc d'établir un lien affectif avec les patients qui leur sont confiés. L'affect se trouve ici l'objet d'une prescription de travail (et d'une prescription médicale !) pour le moins ambivalente : S'attacher mais pas trop ! Toutes les familles d'accueil conviennent du fait qu'on ne peut pas faire ce travail sans s'attacher au patient. Toutefois, il faut garder présent à l'esprit que cela est un travail et donc garder une certaine distance affective avec le patient. Sans cette distance interne, la famille d'accueil n'est pas au travail mais uniquement dans la relation affective. C'est également cette distance interne qui leur permet de travailler et de tenir au travail. L' « attachement tempéré⁷⁰ » que cette distance interne permet de mettre en place constitue la marque du « bon boulot » : s'attacher au patient et donc lui prodiguer la chaleur humaine prescrite tout en se protégeant à la fois de cet impact affectif, de la souffrance au travail générée par l'organisation du travail et des symptômes présentés par le patient (notamment la dimension chronique des troubles contraignant à des

⁷⁰ Je pose comme hypothèse que ce travail d'attachement tempéré tient à une stratégie défensive s'appliquant à « faire comme si », voir la partie de ce chapitre consacrée au « réel du travail ».

répétitions quotidiennes). Un bon placement (et donc un bon boulot), c'est un placement qui dure. Cet « attachement tempéré » contribue à stabiliser et pérenniser le placement...⁷¹

Les familles d'accueil sont payées au prorata des nuitées passées par le patient à leur domicile : s'il part les week-ends, part en vacances ou est hospitalisé, elles ne sont pas payées. Ne leur est payée alors que la « location de la chambre ». C'est donc dans leur intérêt de faire en sorte que le patient se stabilise chez elles. Rappelons qu'aucun des patients de l'U.T.A.F.A n'est « sous contrainte » en famille d'accueil. Il peut donc décider à tout moment d'en partir et même de ne pas rentrer.

Mais cet attachement affectif, favorisé par (et en même temps sous-tendant) le « vivre ensemble quotidien » ne va pas de soi et repose sur un travail psychique complexe, un maniement particulier de l'affect, le « comme si ».

Notons d'ailleurs que si à l'époque de S. Freud les « fous » se distinguaient nettement de la population notamment par les conséquences corporelles de la maladie et des traitements, les effets secondaires sont de plus en plus limités. L'arrivée des neuroleptiques de nouvelle génération, des « antipsychotiques » ont considérablement changé l'apparence de nos malades... plus facilement invisibles et invisibilisés dans le tissu social. Cette « normalisation du corps » n'est pas à entendre selon moi comme une dimension négative du travail en psychiatrie mais comme un élément favorisant l'attachement et l'investissement du patient par les membres de la communauté sociale.

Le travail des familles d'accueil thérapeutique nous met au cœur du familial « étrange », « bizarre ». Il ne s'agit pas de « faire semblant de ressentir » ce qui serait de l'ordre de la tromperie ou du mensonge. Il me semble que ces familles d'accueil ne simulent pas leur attachement affectif pour leur patient. Il s'agit là d'un affect particulier, servant le travail bien fait, protecteur de la subjectivité de l'accueillant et de l'équilibre familial potentiellement destabilisés par la rencontre avec l'angoisse psychotique.

Pour pouvoir travailler, ces familles d'accueil doivent « faire comme si » le patient confié est « de la famille ». L'identification de la personne confiée est ambivalente : elle n'est plus un patient mais doit toujours continuer à l'être, sans quoi l'accueil perdrait sa dimension thérapeutique. Le patient est psychotique mais pour pouvoir vivre avec lui, elles doivent faire comme s'il était normal... tout en gardant en tête qu'il est porteur d'un handicap modifiant l'économie relationnelle dans laquelle il prend place. Elles doivent donc s'attacher... mais pas

⁷¹ et leur rémunération en dépend d'ailleurs !

trop. Elles doivent être professionnelles... mais pas trop... Elles doivent vivre avec un adulte psychotique mais sans le voir comme tel. Elles doivent travailler mais tout en faisant cela dans leur vie privée. Elles doivent appliquer des consignes mais pouvoir s'en détacher avec « *bon sens* »... Et j'ajoute, elles doivent faire comme si elles appliquaient les consignes prescrites⁷². Si l'U.T.A.F.A remplit un rôle d'autorité stabilisant les patients au domicile, les familles d'accueil le font également. Pour qu'il respecte, en dehors des heures d'ouverture de l'U.T.A.F.A (environ 8h15-17h00) les horaires et le cadre fixé, les familles d'accueil doivent aussi remplir cette fonction mais pour cela, les patients doivent leur reconnaître cette forme d'autorité. L'autorité que peuvent avoir les familles d'accueil sur les patients, même si elle est déléguée par l'U.T.A.F.A, ne peut exister que par la reconnaissance qui en est faite par les patients eux-mêmes et par leur coopération au projet de soin qui s'élabore déjà lors des entretiens de préparation. **L'autorité se soutient d'un processus de coopération actif mis en œuvre par ceux qui s'y soumettent (voir plus loin dans le chapitre, la partie consacrée à la « coopération transverse »). Une simple soumission à un pouvoir, à un ordre n'explique pas cette collaboration des patients et la légitimité qu'ils accordent à l'autorité des familles d'accueil. Il faut lui adjoindre nécessairement ce lien affectif tissé entre eux.**

Après de longs moments et par le partage de la vie quotidienne, parfois par des épreuves surmontées ensemble, l'implication affective peut être massive.

Le placement familial n'a pas de durée prédéterminée et il doit s'adapter aux besoins et aux évolutions du patient. Il prend fin lorsque le patient fait preuve d'autonomie suffisante pour vivre seul ou en foyer ou quand le placement devient délétère pour la santé du patient, de l'accueillant ou d'un membre de la famille. Cette visée d'autonomisation est présente également dans l'éthique du *care* :

« L'un des effets du *care* doit être de rendre ou d'offrir davantage d'autonomie aux personnes un moment vulnérables. L'enjeu du *care* est bien de mettre fin à une situation de dépendance et non d'en faire un élément permanent. (...) Ainsi, le rôle de l'attention est bien d'identifier non seulement les besoins mais encore les capacités (...) contrairement au cliché que peut générer l'association du *care* au « maternage » ou au « paternalisme », prendre soin ne consiste pas à laisser le sujet passif. Prendre soin ne se résume pas à donner,

⁷² Même si dans la pratique quotidienne cela nous gêne, il me semble que cela est fondamental car c'est un levier leur permettant de se dégager de la domination qui infiltre les rapports sociaux de travail entre elles et l'équipe hospitalière. C'est essentiel pour que l'accueil soit thérapeutique.

mais cherche à solliciter la participation, le choix, et finalement l'action d'autrui.» (A. Zielinski, 2010, p640)

L'auteure met en évidence le paradoxe, inhérent à la relation de *care*, du soutien à l'autonomisation qui, selon la forme qu'il prend, peut venir s'opposer à l'objectif premier, c'est-à-dire à l'autonomie du sujet. C'est ce paradoxe que nous retrouvons dans le placement familial thérapeutique. En effet, l'autonomie, qui est la faculté de prendre soi-même soin de soi, peut être entravée par la relation affective qui s'établit entre le patient et les membres de la famille dans laquelle il vit, la relation de dépendance qui est, selon moi, inévitable.

Le travail des familles d'accueil suppose un engagement subjectif et affectif ; condition sine qua non » de la rencontre à partir de laquelle peuvent s'articuler tout en ensemble de tâches et d'activités, dont une forme particulière d'implication du patient dans le travail domestique.

Au décours de cet engagement affectif, c'est l'ensemble de l'économie subjective des accueillants mais aussi celle de la famille dans son ensemble qui s'en trouve affectée, modifiée, transformée (voir le paragraphe « souffrance et plaisir dans le travail d'A.F.T) et parfois celle du patient.

b) « Prendre soin de ».

Il est indéniable que le travail des familles d'accueil se compose d'une part importante d'activité de soin apporté à l'autre accueilli chez elles. C'est même la seconde prescription de travail. Il relèverait donc du « travail de care » (P. Molinier, 2013). Les familles d'accueil doivent « *veiller au bien-être* » et « *se charger des conditions de vie et du bien-être du patient* »: pour cela, elles doivent faire preuve de « *bon sens* » mais effectuent aussi un travail éducatif et de « *nounoutage* »⁷³.

Le travail des familles d'accueil se situe à l'intersection du travail éducatif, du travail soignant mais aussi du travail hôtelier et du travail domestique. Intégré à la famille, le patient n'en reste pas moins un adulte étranger accueilli ici et placé par l'institution hospitalière en raison

⁷³ Je reprends la formulation des infirmières dont on relèvera la tonalité quelque peu disqualifiante contribuant à une mise à distance du travail des familles d'accueil par rapport au leur.

des troubles qui l'handicapent dans sa vie quotidienne et dans son insertion sociale. Avant le début du placement, une visite sociale (faite par une assistante sociale et une infirmière) vient évaluer la qualité de l'accueil proposé par la famille postulante. En dehors des critères de taille de la chambre (plus de 9 m² avec une fenêtre et une porte), c'est également la tenue générale de la maison qui est prise en considération. Les familles d'accueil doivent donc savoir tenir leur maison et proposer un cadre de vie agréable au patient. De ce point de vue, leur travail est pour partie un travail hôtelier : l'hôpital loue la chambre pour le patient et c'est d'ailleurs cette location qui reste la part incompressible de leur rémunération (quand le patient est hospitalisé de longs mois, comme cela peut être le cas assez fréquemment en psychiatrie, leur rémunération diminue progressivement jusqu'à laisser en bout de course, la partie dévolue à la location de la chambre). Leur travail revêt donc les mêmes caractéristiques d'invisibilité et de discrétion que le travail des femmes de ménage : un cadre de vie agréable n'est pas un cadre de vie impeccable mais un cadre de vie vivant... propre (mais ne donnant pas l'impression d'une aseptisation... propre mais pas trop en somme) et avec un désordre savamment orchestré... Pour correspondre à un travail bien fait, ce travail domestique doit donc être invisibilisé par ceux-là même qui le font au risque sinon de devenir froid et aseptisé. Or les critères de recrutement imposent un cadre de vie chaleureux...

Même après le placement, elles restent responsables de la tenue de la maison mais concernant les parties de la maison dévolues au patient, elles ne doivent pas le faire elles-mêmes (sauf si le patient se montre dans l'incapacité ou l'impossibilité de le faire), elles doivent amener le patient à tenir en ordre sa chambre, ses affaires et tous les espaces qui lui sont dévolus. Elles sont donc amenées à superviser ce travail domestique exécuté par le patient et sont responsables de la qualité de ce travail évalué par les infirmières lors des visites à domicile (V.A.D). Il s'agit d'un travail socio-éducatif d'accompagnement dans la vie quotidienne pour lequel elles doivent prendre en considération et « faire avec » les difficultés et les limites du sujet. Il s'agit d'amener le patient à, progressivement, prendre soin de lui-même seul, de son corps, de son espace, de ses affaires en faisant d'abord « pour lui » ce qu'il y a à faire (par exemple trier et laver son linge) puis en faisant « avec lui » puis en lui « prescrivant la tâche à accomplir tout en l'accompagnant », enfin lui donner des rythmes pour qu'il pense seul à faire ce qu'il a à faire tout en surveillant que cela est fait... jusqu'à ce qu'il reprenne peut-être l'initiative de faire ces choses quotidiennes. Ce travail progressif et graduel permet en outre à l'équipe soignante de mesurer les handicaps du patient afin de lui proposer un projet

d'insertion sociale après la famille d'accueil qui correspondent au mieux à toutes ses particularités.

Mais « prendre soin de soi » c'est aussi se « soigner ». Cette dimension du travail d'autonomisation du patient (la prise de traitement, le suivi médical etc.) est sous-tendue par des enjeux différents et souvent plus conflictuels avec l'équipe infirmière car elle relève plus directement de leurs attributions aujourd'hui que les soins du corps ou de la chambre relevant davantage du travail des aides-soignantes et des agents de service hospitaliers⁷⁴.

Les familles d'accueil sont certes en charge de « prendre soin du patient » mais cela passe par une action visant à amener le patient à prendre soin de lui-même. Elles ne veillent donc pas sur son bien-être mais prennent en charge sa santé. Le travail des familles d'accueil ne concerne pas le bien-être mais la santé des patients qui leur sont confiés. La santé n'est pas un « état complet de bien-être » comme l'a définie l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle représente bien plutôt un équilibre toujours instable, dynamique entre ce que des contraintes (internes et externes) nous imposent et les compromis que nous construisons pour faire face à ces contraintes (C. Dejours, 2003 b).

c) Suivi des traitements et suivi médical : sous-traitance et délégation du geste ?

Il leur faut observer le patient, appliquer les consignes mais sans prendre d'initiatives. On leur demande d'être « *les yeux et la main du soignant* ». Peut-on parler de sous-traitance du geste infirmier ?

Par délégation, les familles d'accueil sont chargées d'une partie du travail infirmier au domicile : veiller à la continuité des soins organisés par l'équipe de l'U.T.A.F.A. Ainsi, elles sont chargées de récupérer les ordonnances renouvelées, noter les RDV avec les psychiatres traitants des patients, constituer avec eux les piluliers et veiller à ce que les traitements soient pris correctement. Sur le versant somatique, elles accompagnent les patients lors de leurs consultations et mettent en place les éventuels traitements prescrits.

Ce qui leur est demandé, c'est d'appliquer la prescription médicale telle qu'elle est écrite sur l'ordonnance et éventuellement de communiquer à l'U.T.A.F.A tous les changements qui

⁷⁴ Qui sont placés dans l'organisation hospitalière, sous une sorte de responsabilité fonctionnelle infirmière.

peuvent survenir dans les soins. Seule l'U.T.A.F.A peut interpeller le médecin prescripteur par exemple pour vérifier que le changement de traitement ne soit pas une erreur mais bien une décision médicale. Elles appliquent les prescriptions et signalent les changements aux infirmières qui restent seules détentrices de l'initiative d'appeler le médecin. Il est même demandé aux familles d'accueil de ne pas les interpeller directement mais de passer par les infirmières de l'U.T.A.F.A. Elles sont donc « les yeux » et la « main » du soignant qui seul restera l'organisateur et le penseur des soins.

Sous des allures de travail infirmier donc (administration des traitements oraux, veille concernant la continuité des soins), il n'est en fait pas ici question de travail infirmier. Seule l'exécution du geste est déléguée. La prérogative de l'interprétation clinique est conservée par les infirmières. Les familles d'accueil sont donc les exécutantes de consignes infirmières, les plaçant ainsi de manière implicite sous leur hiérarchie. Aucune technicité n'est ici requise car les injections sont faites par les infirmières. Aucun geste technique, aucun savoir n'est demandé. Il suffit juste de veiller à la prise du traitement et faire appliquer en somme l'autorité infirmière auprès du patient, chez elles. Car si aucun savoir ne leur est demandé, il leur est pourtant confié la responsabilité d'avertir les infirmières de l'U.T.A.F.A en cas de refus de prise du traitement ou en cas de modification de la prescription. Ce travail réclame donc une vigilance constante et représente une importante responsabilité dans la mesure où il y a fort à penser que dans ce cas, la rechute du patient n'est pas loin... avec toutes les conséquences que cette dernière engage : troubles du comportement, déstabilisation du placement et éventuellement réhospitalisation du patient.

C'est d'ailleurs la seule « procédure » de travail (avec celle concernant le non-retour du patient au domicile de la famille d'accueil) qui soit écrite et transmise comme prescription de travail.

Pourtant, sur ce plan également, on se rend compte de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Alors qu'on aurait pu s'attendre à une application sans faille des consignes infirmières en matière de traitement⁷⁵, on peut constater que les familles d'accueil sont beaucoup moins rigoureuses que ce que l'on aurait pu croire... elles peuvent ainsi laisser au patient une marge importante d'autonomie dans la prise de son traitement et sans que l'U.T.A.F.A ne le sache... au risque de la réapparition des symptômes et de se le voir reproché comme une faute professionnelle. C'est néanmoins un élément essentiel de leur

⁷⁵ Compte tenu des nombreuses mises en garde et du discours porté par les médias sur ces patients en rupture de traitement.

travail car si elles peuvent prendre le risque alors que le patient reste stable, bref que rien ne se voit, on considérera alors qu'elles font du bon travail. Pourquoi n'appliquent-elles pas à la lettre la consigne concernant le traitement, essentiel à la stabilisation du patient (et donc du placement) alors que cette pratique comporte tant de risques pour elles, leur famille et le patient ? Contrairement à Denise Jodelet, je n'invoquerai pas des facteurs psychosociologiques ou des représentations de la maladie mentale mais je considère que cette prise de risque est nécessaire pour travailler (surtout si on prend en considération les rapports de domination que cette prescription hospitalière féminine véhicule). Cette capacité à donner l'impression aux infirmières qui viennent en visites à domicile tous les quinze jours qu'elles vont appliquer ce qu'elles leur demandent tout en n'en faisant rien est une stratégie de défense protégeant l'espace privé de la domination hospitalière et c'est elle qui leur permet d'être au travail alors que ce dernier consisterait en une « vie normale ». C'est par cette latitude prise par rapport à la prescription médicale et infirmière que le domicile est conservé comme espace privé. C'est à la condition de cette autonomie que le travail thérapeutique avec le patient peut se faire en A.F.T.

Sur la base d'une confiance accordée au patient (et sans laquelle la vie « ordinaire » ne serait pas possible), la plupart d'entre elles laissent plus de liberté au patient que ce qui est défini au départ : elles les laissent par exemple constituer eux-mêmes leur pilulier, font autre chose lors de la prise des traitements ou encore ne récupèrent pas les ordonnances etc. C'est une stratégie défensive qu'elles mettent en place et sans laquelle elle ne pourrait pas travailler. Les stratégies défensives mises en place par les familles d'accueil face à la domination leur permettent de garder une séparation entre le travail et le privé et elles sont donc le vecteur même de leur travail sans lequel ce dernier serait rapatrié du côté un « sous-travail hospitalier ».

La responsabilité en cas d'erreur leur est néanmoins imputée: le travail est distribué en voie descendante mais sans que les familles d'accueil y trouvent un gain technique, un savoir ou une autonomie dans leur travail ; ce gain est même empêché par l'interdiction qui leur est faite d'interpeller elles-mêmes les médecins prescripteurs. La prescription de travail véhicule donc bien autre chose que la seule tâche à effectuer. Il me semble qu'elle soit le véhicule de la domination institutionnalisée. Il est demandé à ces familles de faire une partie (et juste une partie) du travail infirmier relatif à la prise des traitements mais la responsabilité leur est transférée dans sa totalité tant et si bien qu'un manquement concernant ces tâches peuvent représenter une faute professionnelle entraînant le retrait du patient de chez elles. Elles sont

donc les « *petites mains* » du « *petit personnel* » sans que ne leur soit accordée une quelconque expertise dans leur domaine.

Les familles d'accueil traduisent donc les consignes infirmières pour réaliser un travail avec le patient, visant à amener ce dernier à pouvoir prendre soin de lui c'est-à-dire l'amener non seulement à s'autonomiser dans les traitements qu'il a à suivre mais aussi à pouvoir prendre du plaisir dans une vie ordinaire.

II) Le travail des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie adulte : à la croisée et « en différence » avec les métiers de la petite enfance et les métiers soignants hospitaliers.

Jusqu'à récemment, sur les fiches de paye des familles d'accueil figurait l'intitulé « assistante maternelle » car ça, c'est un métier... certes souffrant d'un déficit de visibilité et de reconnaissance sociale mais tout de même encadré par des textes de loi, dépendant d'une formation professionnelle et d'un agrément accordé par des professionnels institutionnels. Tout cela n'est pas le cas des accueillant familiaux et encore moins des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie adulte. On réglemente davantage les conditions d'accueil des enfants que celle des adultes. Les familles d'accueil en psychiatrie adulte ne sont pas assistantes maternelles et elles revendiquent cette différenciation tant pour elles-mêmes (la reconnaissance de leur travail et de ses spécificités, notamment techniques) que pour le patient qu'elles accueillent. Le patient n'est pas un enfant et pourtant... dans leur discours, régulièrement revient le « *faire comme avec les enfants* ». Elles adoptent vis-à-vis de cet adulte en souffrance psychique une posture qui selon elles, se rapproche de celle qu'elles ont du adopter dans « l'élevage »⁷⁶ de leurs enfants. Ce métier souffre d'un déficit de visibilité sociale colossal laissant à penser qu'il fait même l'objet d'un déni de la part des autorités administratives, soignantes, scientifiques et politiques renforcé par les intéressées elles-même. Ah Non ! Des mères de famille sans formation spécifique (et parfois même sans diplôme) n'accueillent pas chez elles des adultes atteints de maladie mentale... sous leur toit, avec leurs enfants parfois en bas-âge... et non, elles ne peuvent pas obtenir des résultats en terme de gain

⁷⁶ Entendons par là l'ensemble des tâches dévolues au soin et à l'éducation des enfants.

d'autonomie pour ces patients là où l'hôpital ne peut plus aujourd'hui remplir ces missions de soin...des mères de famille ne peuvent pas faire preuve d'autant d'irresponsabilité ! Et non, ah non... L'hôpital et les professionnels de la santé mentale ne cautionnent pas tout cela tout de même ! Mais quelle éthique ont-ils ? Quelle aberration scientifique, quelle hérésie et quelle honte si cela se savait !! Le métier d'accueillant familial en psychiatrie figure parmi la longue liste des métiers dévalorisés et disqualifiés à côté des métiers de la petite enfance, eux aussi centrés sur le travail d'accueil et du « prendre soin de l'autre ».

En occident et ce quelles que soient les époques, les activités de soins aux enfants, aux malades, aux vieux ont toujours été une histoire de femmes mais cette répartition sexuelle des tâches n'est pas naturelle. Elle a été imposée comme une contrainte sociale, c'est donc un fait de civilisation. Pourtant, dans cet espace dégagé par la répartition sexuelle des tâches, les femmes ont pu développer des savoirs et des techniques pratiques. Grâce à ces modes de connaissance empiriques progressant par essais-erreurs, elles ont pu ainsi découvrir des propriétés thérapeutiques d'aliments ou de pratiques corporelles. Ces pratiques traditionnelles élaborées par les femmes sont transmises de manière orale et entre femmes.

Comme le relèvent très justement Didier-Luc Chaplain et Marie-France Custos-Lucidi (2001), c'est l'introduction du christianisme et surtout la rupture entre le corps et l'esprit « qui orientera toute une conception de la vie aboutissant à un changement radical dans la façon d'appréhender les soins ». L'esprit est valorisé au détriment du corps lui considéré comme sale, méprisable, le lieu du péché et de la décadence. Par conséquent, toutes les pratiques ayant affaire avec les soins du corps ne pouvaient plus être perçues que comme dégradantes et suspectes. Les femmes les pratiquant considérées comme des sorcières, combattues et éliminées. Pour celles qui se sont alors massivement investies dans les Ordres, il s'agissait plus de soigner l'âme des malades dans le but du salut de celles-ci. La finalité des soins est donc ici essentiellement spirituelle et les prières, conseils viennent alors remplacer les soins du corps alors réservés aux plus souffrant, voir aux mourant. La centralité du corps érogène a fait l'objet d'un déni au cours de l'histoire des pratiques soignantes.

Les soins d'entretien ou de continuité de la vie subiront alors une dépréciation et seront laissés à des catégories considérées comme subalternes. Et la gratuité des soins dispensés par les religieuses a renforcé l'idée d'une naturalité féminine des compétences soignantes. L'image d'Épinal de la religieuse, de la soignante puis celle de l'infirmière se trace autour de qualités

pensées comme féminines et maternelles : patience, dévouement, abnégation, générosité, compassion etc.

L'enfant, comme le fou ont été successivement associés au péché voir au Diable ou encore à l'animal. L'enfant et le fou, créatures de Dieu sont alors devenus peu à peu des sujets de la médecine et de la science. Et dans tous ces bouleversements, la place de l'autorité et la responsabilité des familles, et surtout des mères n'a cessé de bouger (Y. Kniebihler, 1982 ; 1987 ; 2001). **Il faut attendre le XVIII ème siècle et l'ère napoléonienne pour que la famille soit reconnue par l'État comme une unité élémentaire de la société et du pouvoir. La femme est alors valorisée comme celle en charge des citoyens à venir et elle en deviendra de plus en plus responsable. Les valeurs véhiculées par les pratiques soignantes des femmes, même si toujours disqualifiées, serviront pourtant de base à la constitution des métiers de la petite enfance, conçus comme le développement de la fonction maternelle.** Ces savoirs empiriques, singuliers et transmis de manière orale continueront alors la longue dévalorisation dont ils ont fait l'objet depuis le primat accordé à l'écrit dans la constitution des savoirs. Avec l'écriture, seuls les écrits sont considérés comme « sacrés » et tout ce qui relève de la pratique quotidienne, qui reste dans le singulier et le non reproductible est relégué au champ du profane. Avec les progrès scientifiques et techniques, cette hiérarchisation des savoirs s'est considérablement développée faisant de la science une voie privilégiée de la domination sociale.

1. Différences et similitudes avec les métiers de la petite enfance.

Les assistantes maternelles ont d'abord été des nourrices paysannes. Ces nourrices mercenaires, soit quittaient leur enfant tout juste né pour aller se faire embaucher comme nourrices « sur lieu », soit accueillait les enfants chez elles. Ces dernières n'avaient pas pour autant un sort plus enviable que les premières. Dans les deux cas, le corps de la nourrice est contrôlé, observé. Leur corps n'était considéré que par la fonction allaitante et maternante qu'il devait pouvoir mettre en œuvre. Ce corps de la nourrice réduit au sein et aux bras était deshumanisé, déssexualisé comme si tout ce qui touchait de près l'enfant risquer de réveiller cette sexualité adulte jugée comme pervertissante pour l'enfant et pour la qualité du lait.

Montrées du doigt, on les pensait mues plus par la cupidité que par l'amour des enfants ; surtout celles travaillant à domicile et dont la littérature nous a donné quelques tableaux marquant. Malgré les évolutions allant dans le sens d'une professionnalisation, les assistantes maternelles trainent toujours derrière elles les fantômes de ces « nourrices mercenaires » soupçonnées de faire commerce de leur condition de femme et de mère. Sans savoir professionnel propre, frustrées et d'un niveau socio-culturel misérable, elles privilégient toujours leurs enfants au détriment de ceux des autres. En clair, elles sont cupides, retards et bêtes ! Il a fallu attendre 1977 pour qu'elles deviennent les « assistantes maternelles » ; elles étaient avant tout nourricières, elles deviennent des assistantes d'éducation aux parents. D'une manière analogue, les familles accueillant les « insensés » en attente du miracle de la guérison à Geel sont devenues des auxiliaires de soin médicaux psychiatriques.

Tout comme les assistantes maternelles, les familles d'accueil trainent derrière elle la réputation sulfureuse de femmes vénales, sans grande culture et souvent maltraitante. Et il faut souligner là la contribution de textes scientifiques et d'œuvres littéraires⁷⁷ !

Tout comme les professionnelles de la petite enfance, les familles d'accueil d'adultes atteints de psychoses mettent en œuvre des techniques de maternage dont l'apprentissage s'est opéré à partir de relations infantiles, à partir du rapport entretenu avec leur propre mère. Ces techniques, que l'on considère comme naturelles ne sont pas reconnues car leur résultat ne peut se mesurer ni se prédire en fonction de la technique mise en œuvre. En raison de la non-reproductibilité de ces savoirs et techniques, elles risquent d'être à tout moment dans une situation psychologiquement difficile : douter de ce qu'elles font et de la légitimité de ce qu'elles font. Dans la mesure où ces techniques s'inventent dans la rencontre, elles ne peuvent pas reproduire les « ficelles » trouvées par une autre famille d'accueil. La nature même de ces savoirs et de ces techniques résistent donc à la constitution de règles de métier. L'étalon sur lequel alors s'appuyer pour être rassurées dans ce qu'elles font, ce sont les règles de vie en famille, les règles de la coopération domestique, les valeurs familiales et culturelles. C'est donc en dernière instance grâce à la coopération de l'espace familial, privé qu'elles tiennent au travail. Les autres formes de coopération (avec d'autres familles d'accueil, avec l'U.T.A.F.A et le patient) sont utiles également à l'étayage de la confiance dans le travail.

⁷⁷ Victor Hugo, H. Balzac, C. Perrault, E. Zola et bien d'autres.

A la différence des métiers de la petite enfance, le travail des familles d'accueil thérapeutique peine encore à être catégorisé comme métier et ceux pour plusieurs raisons : Elles ne disposent ni d'un savoir, ni d'attributions spécifiques. Comme les métiers de la petite enfance, mais en plus elles ne disposent d'aucune formation requise au préalable de l'exercice du travail ni même d'obligation de formation continue... d'autant que l'offre en formation dans ce domaine est plus que réduite. Par ailleurs, les enseignements théoriques n'ont pas grand intérêt dans l'exercice quotidien du travail, pire il peut être une niche défensive pour limiter l'engagement auprès du patient. Alors que les assistantes maternelles et d'autres métiers de la petite enfance se sont organisées en association, créé des revues professionnelles etc. permettant la construction d'un collectif de métier, les familles d'accueil en psychiatrie n'ont pas encore fait cela. Il existe un site (famidac.fr) mais qui regroupe toutes les formes d'accueil familial (social, thérapeutique, enfant, adultes, personnes âgées etc.) et quelques revues, une association (le G.R.E.P.F.A) mais là encore, aucune spécificité pour le placement thérapeutique d'adultes atteints de maladie psychiatrique. Par ailleurs, ces associations, revues et mêmes les colloques organisés ne reçoivent que peu d'audience et d'écho parmi les praticiens et les scientifiques. Ils sont certes animés à partir des expériences de familles d'accueil mais restent organisés par des médecins, psychologues, infirmiers et ne sont pas la création des familles d'accueil elles-mêmes. Ce qui s'y dit porte plus sur le travail d'A.F.T dans son ensemble que sur spécifiquement le travail des familles d'accueil. Leur profession n'est rendue visible que par les rapports qu'elle entretient avec d'autres davantage reconnues dans le champ social. A cela une première explication : quand on leur demande pourquoi elles ne le font pas elles-mêmes, elles répondent parce qu'elles « *n'ont pas les moyens intellectuels et institutionnels pour le faire* »... la domination sociale dont elles font l'objet se poursuit dans les ressorts de la subjectivité jusqu'à les amener à admettre cette « infériorité intellectuelle » et sociale comme un fait. Peu d'entre elles revendiquent la reconnaissance de leur créativité et de leur intelligence. Ceux qui doivent faire restent ceux supposés savoir... c'est-à-dire... pas elles !

A la différence des stratégies défensives mises en œuvre par les professionnelles de la petite enfance, les familles d'accueil n'instrumentalisent pas leur corps, clivant fonction érotique et fonction maternelle. Sauf cas très particuliers, je n'ai pas observé de tels traitements du corps chez ces familles d'accueil. Au contraire, le corps érotique n'est pas réprimé, la séduction est

présente. Mais sans doute faudrait-il compléter l'étude auprès de familles d'accueil embauchées uniquement pour faire du « *nounoutage* » ce qui n'est plus qu'une petite partie de la prescription de travail faite aux familles d'accueil de l'U.T.A.F.A depuis plusieurs années. Il y a eu des évolutions dans les attendus du travail des familles d'accueil. Si on attendait d'elles qu'elles tiennent et « *supportent* » le patient et ses troubles, désormais, on attend d'elles qu'elles utilisent leur relation au patient et leur groupe familial comme des éléments thérapeutiques plastiques c'est-à-dire que les infirmières peuvent désormais leur demander de modifier certaines de leurs habitudes de vie en fonction des troubles et de la personnalité du patient accueilli alors qu'auparavant, l'effort « d'adaptation » était essentiellement demandé au patient. On leur demande donc de soutenir le patient mais en plus parfois de modifier leur vie en fonction des nécessités de l'accueil.

Ces familles d'accueil aiment leur corps et certaines en prennent grand soin⁷⁸. Peut-être faut-il y voir une piste d'analyse du succès thérapeutique de leur travail. En effet si on se réfère à l'analyse de M. – F. De Custos-Lucidi et L. Chaplain qui mettent l'accent sur la nécessité pour les assistantes maternelles d'aimer leur propre corps pour mieux accompagner l'enfant dans le développement de sa sexualité et [je rajoute la construction de son corps érogène], on peut conclure que le fait d'aimer leur corps pour ces familles d'accueil et de transmettre cet intérêt pour le « prendre soin de soi » au quotidien permet aux patients psychotiques accueillis de reprendre le difficile travail de construction du corps érogène (voir chapitre IV).

Le corps au travail des assistantes maternelles et des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie adulte n'est donc pas sollicité de la même manière et les stratégies défensives s'en trouvent différenciées.

2. Différences et similitudes avec les métiers soignants hospitaliers.

« Educare » en latin signifie redresser ce qui est tordu. Pour les familles d'accueil, le cœur de leur mission ce serait amener un adulte stigmatisé et exclu par une maladie à s'insérer dans un groupe social, y conquérir une forme d'autonomie lui permettant de vivre dans le champ

⁷⁸ Elles y sont encouragées par l'U.T.A.F.A qui fait une place à cette dimension-là dans l'organisation du travail qu'elle met en place.

social. **Selon elles, elles réemploient et transfèrent des compétences ou aptitudes acquises dans le rôle éducatif qu'elles ont du tenir auprès de leurs propres enfants. Et le travail qu'elles font auprès du patient accueilli sert le travail éducatif qu'elles ont à faire avec leurs propres enfants et petits enfants. Pourtant elles sont tout de même obligées de modifier ces techniques par l'accueilli n'est pas un enfant mais bel et bien un adulte, doté d'une sexualité adulte et qui a été l'enfant d'autres qu'elles. Le réel que représente la confrontation avec la sexualité et avec le corps sexué de l'accueilli les poussent à devoir adapter leurs pratiques (voir le réel du travail). C'est la sexualité de l'accueilli qui va amener les familles d'accueil à devoir différencier leur pratique de celles des professionnelles de la petite enfance.**

Les infirmières, elles, sont parvenues à la reconnaissance sociale de leur identité professionnelle, de leur métier ce que n'ont réussi que partiellement les métiers de la petite enfance selon L. Chaplain et M. -F. Custos-Lucidi. Elles y sont parvenues en formant un collectif et en refusant l'ancrage de leur profession dans le naturalisme, en rejetant le terme de vocation puis en réclamant une distinction entre vie privée et la vie professionnelle. C'est avec ces différents éléments que les professionnels de la petite enfance sont parfois ambivalents.

En parlant des puéricultrices, L. Chaplain et M.- F.Custos-Lucidi citant M. - F. Collière, rappellent que c'est autour de la personne de l'infirmière que la profession se détermine, « auxiliaire utile et intelligente du médecin », elles sont destinées à être des exécutantes du médecin. Même s'il est un résidu du savoir médical, le savoir infirmier est propre à la fonction ce qui n'est pas le cas notamment des auxiliaires, aides soignantes etc. Actuellement, d'ailleurs, l'évolution de la profession d'infirmière va vers la recherche avec l'universitarisation du diplôme, et la création de master et Diplôme Universitaire poursuivant la spécification d'un savoir professionnel et l'affirmation d'une scientificité propre. Comme les auxiliaires de vie, les aides soignantes et même les Agents de Service Hospitalier, les familles d'accueil reçoivent par délégation infirmière les prescriptions de travail : une chaîne de coopération infiltrée de rapports de domination dont la tête reste toujours le médecin mais qui ne peut fonctionner sans l'action des infirmières, le consentement des auxiliaires et un cadre juridico-administratif venant sceller par l'écrit cette chaîne. Les infirmières ne font pas que se soumettre à la domination médicale, scientifique, elles la valident et la reproduisent sur des employés subalternes. Sans doute faut-il en conclure que la domination présente dans les

rappports sociaux ne peut pas se maintenir sans ce triplet : exercice d'une autorité, validation de la légitimité de cette autorité et soumission, reproduction de cette autorité et nouvelle validation de la légitimité de l'articulation des chainons.

Un point mérite d'être soulevé : Les infirmières de l'U.T.A.F.A ne peuvent pas mettre en œuvre uniquement leurs savoirs et techniques apprises en Institut de Formation en Soins Infirmiers et au travail dans les services. Elles doivent également mobiliser leurs propres techniques de maternage, leurs propres savoirs acquis depuis l'enfance. Si elles ne sont pas en mesure de mobiliser leur créativité et leur inventivité, elles donnent des réponses standardisées aux familles d'accueil qui non seulement ne peuvent pas les appliquer mais les mettent en difficulté. Les infirmières travaillent également avec ce qu'elles sont et avec l'héritage du traitement qui a été fait de leur propre corps pendant leur enfance. La profession infirmière est socialement reconnue même si elle appartient au champ des « savoir faire discrets » (selon l'expression de P. Molinier) et que les savoirs mobilisés ne sont pas seulement scientifiques. Les familles d'accueil rejoignent les infirmières dans le souci de l'autre qui oriente leur pratique.

D'ailleurs sur ce point, on peut mobiliser les travaux de D. Kergoat (1982) qui ont montré que la naturalisation des compétences féminines entraîne de facto leur sous-classification, leur infériorisation d'où un investissement plus important de la sphère privé et un « rapport négatif à la technique ». Même si elles s'en défendent, les enjeux psychiques du travail des infirmières se recoupent tout au moins en partie avec ceux du travail des familles d'accueil. Mais contrairement aux infirmières, les familles d'accueil ne sont pas soumises par l'organisation du travail à des contraintes temporelles risquant de faire passer au second plan l'humanisation des soins par rapport à leur dimension technique et entraînant aussi des contradictions toujours plus importantes entre les valeurs, le sens du métier et la réalisation du travail. Elles ne sont pas confrontées de la même manière à la « souffrance éthique » parce que leur organisation de travail ne les y soumet pas et parce qu'elles peuvent s'appuyer sur des solidarités différentes que celles traditionnellement en place dans les milieux de travail. La souffrance au travail des familles d'accueil et les stratégies défensives mises en place pour y faire face sont donc différentes de celles des infirmières avec lesquelles elles travaillent. A la fois assimilées et différenciées des soignants, les familles d'accueil travaillent bien avec eux et les infirmières sont leur premier interlocuteur dans la coopération verticale.

On pourra noter une autre différence dans l'organisation de travail des familles d'accueil et celle des infirmières qui a des conséquences sur les souffrance au travail qu'elles présentent : contrairement au métier d'infirmier prescrit par des hommes et inventé par des femmes avec des règles de métier construites par des femmes et animé par des dynamique de reconnaissance entre femmes, faisant face à une domination genrée, le travail des familles d'accueil, lui dépend d'une prescription en fait féminisée, sans règles de métier, mais avec des règles de travail qui sont des règles indexées à des valeurs familiales et culturelles et des règles domestiques validées par les professionnels hospitaliers.

Les hommes sont souvent prêts à louer la puissance réparatrice et réconciliatrice des femmes (P. Molinier, 1999) pour autant qu'elle soit renvoyée à leur nature (donc implicitement qu'elle leur soit tout à fait inaccessible, par nature, de fait en dépit de tout le travail et de tous les efforts qu'ils pourraient déployer pour y parvenir). On le voit bien dans la perception médicale du travail d'A.F.T. L'une des tâches de l'équipe dédiée est de résister à cette domination symbolique renvoyant le travail des familles d'accueil à une certaine « naturalité ». Il leur est dénié tout savoir ayant une valeur à leurs yeux, non théorique, voir toute créativité dans leur travail. Au mieux elles doivent être des « *sous-thérapeutes* », au pire elles doivent « *garder et surveiller* » le patient ! En somme les familles d'accueil devraient subir le même type de souffrance que les infirmières. La stratégie défensive visant à soustraire les familles d'accueil de la domination symbolique du médecin⁷⁹ n'est sans doute donc pas « neutre » ni juste « bienveillante » car elle permet aux infirmières de mettre en place une forme de domination non plus reproduite mais utilisée dans leurs propres stratégies défensives. Si les infirmières défendent la valeur du travail des familles d'accueil, la créativité et le savoir, c'est parce que c'est leur travail à elles qu'elles défendent.

Si le travail des familles d'accueil entretient des liens ténus à la fois avec le travail des assistantes maternelles et celui des infirmières en psychiatrie adulte, il a également ses propres spécificités.

⁷⁹ Je reprends la locution au masculin générique et non en faisant là référence au genre. La profession se féminise ce qui sans doute fait bouger les lignes de la domination genrée.

III) Le réel du travail.

En psychodynamique du travail, le réel c'est ce qui se fait connaître par la résistance qu'il oppose à la maîtrise technique et à la théorie. Il se fait donc connaître sur le mode de l'échec. Le travail, c'est l'engagement de soi déployé pour faire face à cet obstacle et tenter de le surmonter. Le réel du travail, c'est donc avant tout l'expérience de l'échec et du déplaisir qu'il nous occasionne. Comme le souligne Christophe Dejours, si « souffrir » est universel, la souffrance au travail, elle, est toujours singulière car elle témoigne de l'implication subjective et de l'engagement du corps dans le travail.

La clinique du travail, enrichie de la psychodynamique du travail et des apports de la psychosomatique, a fait le constat qu'en dépit des nombreux risques encourus par leur santé dans l'exercice du travail, la plupart des sujets parviennent à conjurer les risques de décompensations tant somatiques que psychopathologiques. Elle a montré que toute souffrance au travail ne débouche pas systématiquement sur des maladies et a poussé les praticiens à interroger la manière dont les individus au travail se défendent et peuvent rester en bonne santé. **La souffrance n'est pas endurée passivement. Si elle s'éprouve passivement, elle génère des défenses. Elle fait l'objet d'un traitement, notamment défensif. Le Moi ne reste pas passif devant la souffrance.**

Quand le travail implique de faire face à des situations à risque pour la santé et l'intégrité de la personne (ex : risques de contamination, risques de l'humiliation, risques d'accidents, contraintes anti-déontologiques etc.), cela introduit la peur dans le rapport au travail. La peur, par exemple⁸⁰, génère des formes particulières de coopération : les « stratégies collectives de défense ». Toutefois, si travailler ce n'est pas que produire mais c'est aussi se protéger soi-même contre les risques du travail, les stratégies de défense qu'il faut construire peuvent venir aussi parasiter la mise en œuvre de l'intelligence collective.

Les stratégies de défense identifiées par la psychodynamique du travail se distinguent des mécanismes de défense sans s'y substituer. Mécanismes de défense et stratégies défensives n'ont pas le même statut topique mais s'articulent autour d'un même but : la protection du Moi contre l'angoisse. Les mécanismes de défense tels que la psychanalyse les a identifiées visent à répondre essentiellement à un danger intrapsychique (interne au sujet), alors que les stratégies de défense se structurent en opposition à un danger externe, issu du rapport à la

⁸⁰ On pourrait dire la même chose d'autres ressentis comme le dégoût par exemple.

réalité⁸¹. La mise en lumière de l'existence de stratégies collectives de défense est sans doute un des apports les plus originaux de la psychodynamique du travail en adjoignant aux mécanismes inconscients qui permettent à un sujet singulier de lutter contre la maladie et de se construire, d'autres formes de construction subjectives, dépendantes des rapports que le sujet a établis avec autrui, dans le partage d'une expérience commune.

Les stratégies défenses initialement identifiées dans le cadre d'une approche clinique du travail furent d'abord des défenses individuelles. Depuis les premières observations de psychiatres d'après-guerre (Louis Le Guillant et Jean Bégoïn décrivaient la « névrose des téléphonistes » dans les années 50), de nombreuses autres observations ont été réalisées dans des contextes différents allant de l'industrie aux activités de service.

Soumis à des contraintes de temps et à la répétitivité dans le travail, le sujet développe des stratégies destinées à lutter contre l'ennui d'abord, contre l'angoisse d'être transformé en automate ensuite puis contre la peur de ne pas tenir la cadence. L'injonction à ne pas penser et à se conduire en exécutant discipliné n'est pas facile à appliquer. Avec ou non l'injonction organisationnelle de ne pas penser vient s'installer chez la personne au travail le souhait d'arrêter de penser... mais là n'est pas chose facile et naturelle !! Les stratégies individuelles de défense visent la suspension de l'activité de pensée quand penser le travail n'est pas parasitant (gênant, source de souffrance etc.) par un mécanisme de répression pulsionnelle⁸² (car ne pas penser ou ne pas rêver n'est pas naturel !). Pour cela, il faut avoir recours à différents procédés. Une stratégie communément adoptée consiste en accélérant au maximum de la performance possible. C'est ce qu'on appelle l'auto-accélération. A un tel rythme, la pensée peu à peu s'engourdit. Après un certain temps, il est possible de baisser la cadence mais la simplification de la pensée perdure. Mais cette stratégie qui calme l'angoisse épuise les forces et a de grosses conséquences sur l'équilibre d'un individu. En effet très coûteuse à mettre en place, elle doit être maintenue hors travail. L'auto-accélération contamine ainsi l'espace privé. Le travail nous transforme entièrement et non sur un temps donné ! On a pu

⁸¹ Les stratégies défensives ont une visée externe. Certes il y a un *primum movens* qui vient de l'extérieur mais qui vient aussi en relai avec un conflit intrapsychique. C'est déjà ce qu'avait souligné S. Freud à propos des névroses de guerre : ce qui crée la névrose de guerre, ce n'est pas le traumatisme de la guerre. Toute névrose vient de l'intérieur et est d'origine sexuelle. Ce qui fait névrose, c'est l'expérience faite par le Moi qu'il a en lui un Moi guerrier alors qu'il se croyait autrement. Un Moi guerrier mais en tant qu'il jouit là-dedans ! C'est ce conflit entre le Moi guerrier et le Moi pacifiste qui ouvre la voie de la névrose.

⁸² C'était déjà le propos de C. Chaplin dans les *Temps modernes*.

montrer récemment que la surcharge de certains cadres aboutissait au même résultat que chez les ouvriers à la chaîne... L'engourdissement de la pensée et de l'affectivité peut être obtenu, même dans des tâches essentiellement cognitives et/ou relationnelles. Cette stratégie défensive est très coûteuse à terme car dans le cas qui nous intéresse, elle est en cause dans la souffrance éthique et peut être en cause dans ce qu'on appelle la maltraitance. La maltraitance dans le soin, la violence exercée sur l'autre ne se pense alors plus sous l'angle de la faute individuelle mais liée à des organisations de travail dans lesquels, des soignants, pour faire leur travail, se voient contraints de recourir à des gestes et des manières de faire contraires à leur règles de métier (I. Gernet et F. Chekroun (2008). Ces stratégies individuelles sont très coûteuses et car elles sont individuelles, ne représentent pas un traitement collectif de la souffrance générée par la confrontation au réel et reposent sur un « blocage fantasmatique au long cours » (C. Dejours, 1980). Elles sont centrales dans l'étiologie des pathologies de surcharge (troubles musculo-squelettiques comme les lombalgies par exemple, mais aussi l'épuisement professionnel plus communément appelé Burn out, Karôshi etc.).

C. Dejours dans *Travail et usure mentale* (1980) avait identifié des stratégies défensives collectives permettant à des ouvriers en bâtiment, dans des centrales nucléaires etc. de faire face à la peur du danger et de la mort. Elles s'appuyaient sur des comportements au premier regard inexplicables de manière rationnelle. Des conduites insolites, s'apparentant à des jeux « bêtes », infantiles et souvent dangereuses, de défi du danger. Elles ont été dénommées « viriles » car elles reposaient sur le déni du danger, de la peur et du manque, de la vulnérabilité. Quelques années plus tard, P. Molinier (2003) s'est intéressée aux activités socialement orientées vers le souci d'autrui et dont les hommes sont massivement dispensés (collectifs infirmiers, employés domestiques, assistantes maternelles etc.). Elle a observé que ces activités-là généraient des stratégies défensives différentes, non plus basées sur le déni du danger et de la peur mais sur « l'encerclement du réel » par la parole. Dans ces collectifs, il est important de parler de soi, de ses difficultés, de sa souffrance même et de la mettre en partage avec les autres membres du collectif. C'est une des fonctions (en plus d'être un temps de transmission et de délibération sur le travail), par exemple, de la pause infirmière. C'est un temps nécessaire, informel qui permet aux sujets d'élaborer leurs ressentis dans le travail, donc de s'en défendre mais aussi qui permet l'élaboration des règles, la consolidation et la transmission des règles de métier. Ce temps fondamental dans les équipes de soin est, dans les nouvelles formes d'organisation du travail hospitalier, attaqué, voir empêché car considéré

comme « non rentable ». La mise à mal de ces espaces-temps participe à la souffrance individuelle des personnels soignants mais aussi à la dégradation de la qualité de travail de soin à l'hôpital.

Les stratégies collectives de défense permettent que le travail de qualité se fasse, sans être au détriment de la santé des travailleurs et sont donc traversées par les dynamiques de genre. Elles sont sexuées, pragmatiques et représentent un processus de traitement social de la violence. Les défenses sont nécessaires, mais elles représentent un sérieux inconvénient, car elles altèrent la communication et empêchent de penser à ce qui fait souffrir en lui opposant un déni. Toutefois ce déni de perception du réel est une caractéristique des défenses viriles. Dans les défenses collectives des infirmières, l'encerclement du réel n'est précisément pas un déni. Or, ce qui fait souffrir c'est ce qu'il faudrait transformer, élaborer, dépasser.

Les stratégies défensives ne se manifestent pas uniquement sur les lieux du travail. Les travailleurs gardent le même corps et la même tête en rentrant à la maison, de telle façon que les stratégies défensives restent opérantes dans l'espace domestique. Elles ont donc des conséquences sur la vie et la dynamique familiale, sur la construction subjective des enfants, sur ce qui se transmet dans les familles. La famille, à la fois participe de la consolidation des stratégies défensives et est également, un lieu de construction du rapport subjectif au travail. **Dans la famille, aux côtés de la centralité de la sexualité infantile, il y a une centralité du travail qui participe à la construction subjective des enfants.**

C'est pris entre deux représentations, tantôt d'exploitation voir d'esclavage moderne et tantôt de miracle de bonté naturelle à ces femmes, que le réel de ce travail des familles d'accueil thérapeutique pour adultes peut s'entendre. Elles sont pour certains des Thénardier et pour d'autre, des sortes de *Saintes Modernes*. Il me semble que le réel de leur travail est bien plus complexe que cela...

1. Rencontrer et accueillir, mettre la maladie de côté.

Toutes disent avoir voulu faire ce métier pour « aider une personne à s'en sortir ». Mais n'invoquer que de bons sentiments me semble défensif, au regard des suspicions et condamnations morales dont fait l'objet le travail d'A.F.T. Les familles d'accueil ne sont pas des saintes (pas plus qu'elles ne sont des bourreaux !) et ne travaillent pas par bonté d'âme

mais bien pour gagner de l'argent et s'épanouir subjectivement. Le patient est en premier lieu accueilli comme un être fragile demandant et ayant besoin d'aide. Si sa qualité d'adulte est reconnue, c'est celle d'un adulte *en déficience* sur le plan des capacités à vivre seul. Selon elles, s'il est placé en famille d'accueil, c'est qu'il ne peut pas s'occuper de lui-même et qu'il ne peut pas vivre seul. Il n'est pas accueilli comme malade mental même si elles l'appellent « *mon patient* ». Ce n'est pas la maladie mentale et encore moins la psychose qui définissent leur patient mais les difficultés qu'il présente au quotidien. Même si elles peuvent poser des questions sur « *la maladie* » (mais jamais sur « *la psychose* » ou « *la folie* »), ces questions ne viennent que dans un temps second du placement... quand les difficultés et la bizarrerie apparaissent, qu'il s'agit de leur donner un sens ou une explication ou quand il s'agit de savoir si ce qui les met en difficulté appartient aux troubles associés à la maladie ou à des manques de savoir vivre. La posture prise ne peut pas dans les deux cas être la même. C'est ce qui définit le « tact » clinique dont les familles d'accueil font preuve.

« *je comprends pas ... il sont bizarres* ». Si dans les premiers temps de la rencontre, les familles d'accueil disent ne pas vraiment comprendre pourquoi les personnes qui leur sont confiées sont suivies en psychiatrie, le temps passé à vivre avec elles, le côtoiement quotidien vient leur rendre la maladie mentale plus « palpable ». Difficilement descriptible, cette « bizarrerie » souffre d'un déficit de vocabulaire mais « *ça se sent* ». C'est avec le corps que nous éprouvons la qualité du contact de la personne rencontrée. Le contact est « étrange » et c'est l'éprouvé corporel qui permet de le saisir.

C'est avec le corps que les familles d'accueil travaillent et c'est par une rencontre des corps qu'elles rendent cet étranger familier. Quelque chose résiste chez l'autre et en soi, grevant l'authenticité ressentie dans la rencontre. Cette bizarrerie du contact doit faire en elle-même l'objet d'un travail : il faut rendre familier ce qui se refuse à l'être.

Si on peut entendre une grande variabilité d'une famille d'accueil à l'autre sur ce qu'elles considèrent être ou non du ressort de leur travail, elles pointent tout de même l'engagement important de leur corps. Il faut « *s'observer* » mutuellement et vouloir la rencontre à partir de laquelle « *ça se fait tout seul* ». On s'habitue au contact de l'autre, à force de passer du temps à ses côtés. C'est à ce temps passé en proximité que l'autre devient plus familier tout en restant étranger. Il faut en passer par une « *lune de miel* », période durant laquelle les défauts de l'autre sont mis de côté au profit de la construction de la rencontre, la proximité avec le

patient, sa familiarisation passant nécessairement par l'établissement d'une relation intime. Et ce travail de familiarisation de l'autre accueilli passe par le corps érogène : il faut le « *sentir* ». Lors de cette phase préliminaire à l'accueil (qui débute par l'acceptation des deux parties en présence), la maladie est reléguée au second plan au profit de l'humanité supposée de celui qui est présenté comme demandeur d'aide et d'assistance. Pour l'essentiel d'entre elles, les familles d'accueil qui postulent disent ne rien connaître de la psychiatrie en dehors de ce que les médias en disent. Et elles postulent quand même ?!... Le discours médiatique et politique porté sur la maladie mentale est pourtant des plus effrayants. Alors comment effectivement comprendre leur choix autrement qu'en les considérant comme des folles irresponsables ou des femmes/mères vénales et sans grande morale ?

Souvent, elles viennent d'abord prendre des renseignements et c'est au fil des entretiens préliminaires qu'elles acceptent de rencontrer le patient dans nos locaux et en notre présence. C'est, me semble-t-il, la rencontre elle-même et le constat fait chez elles lors du premier essai (une nuit et une journée) des difficultés rencontrées dans l'intime du quotidien à vivre qui les amènent à poursuivre la démarche. Cette familiarisation de l'autre nécessite du temps et de l'opiniâtreté mais aussi de la confiance entre la famille d'accueil et l'U.T.A.F.A. C'est parce qu'elles font confiance à l'U.T.A.F.A que souvent elles acceptent de rencontrer puis d'essayer l'accueil du patient présenté.

Il faut s'engager affectivement dans la relation pour que quelque chose se déploie et que le patient aille mieux. L'investissement subjectif des familles d'accueil est donc très important. Il faut se « *laisser aller* » et vivre cette lune de miel au solde de laquelle l'échec, qui se fait connaître par la résistance du « bizarre » chez l'autre, est toujours au rendez-vous. On se familiarise avec la résistance qu'impose la maladie mentale avant tout par le corps. Etre famille d'accueil, c'est être en mesure de « *sentir* » le patient en apprenant à le connaître et en reconnaissant ses difficultés. C'est à ce prix qu'elles développent ce que nous soignants, nous pouvons définir comme une finesse clinique et qu'elles nomment le « *feeling* » ou leur « *intuition* ». Elles sentent que « *quelque chose cloche* », que le patient va moins bien. Le travail de famille d'accueil mobilise le corps érotique et en retour, ce corps est modifié par l'expérience de travail. « *On en est grandi* ». Il s'agit de se laisser affecter mais sans trop, se laisser transformer pour véritablement « *rencontrer le patient où il est* » et pouvoir ensuite travailler avec lui. Le registre sensible est fortement sollicité au risque parfois de voir ces compétences naturalisées : « *on travaille avec ce qu'on est* » et « *tout le monde ne peut pas être famille d'accueil* ». Il y a un rapport ambivalent des familles d'accueil avec la naturalité

de leurs savoirs et de leurs pratiques. Parce que leur travail est frappé de la même invisibilisation et naturalisation dans le champ social que les autres activités dites « féminines », elles semblent revendiquer la naturalité de leur savoir afin de récupérer une forme de reconnaissance. Ce travail est « naturel »... pour elles ! Alors qu'il ne l'est absolument pour personne. Mais alors que sont reconnues les qualités spécifiques et singulières de chaque famille d'accueil individuellement, cette revendication empêche dans le même temps la constitution des règles et la description des compétences requises pour ce métier. Elle freine donc la dynamique générale de la reconnaissance dans le champ social, rabattant l'évaluation du travail sur des qualités personnelles, individuelles voir psychologiques de chacune d'elles. Cette recherche de la reconnaissance par la voie de la naturalité du savoir reste donc un piège potentiel pour la subjectivité des familles d'accueil.

Et en même temps, quand on écoute cette revendication d'une « naturalité des savoirs et des techniques », on ne peut entendre que l'ensemble de la formule : c'est naturel... POUR ELLES ! Et c'est justement, il me semble dans cette singularité qu'on peut conclure qu'il n'y a absolument rien de naturel⁸³ dans les habiletés ou les pratiques des familles d'accueil.

Chacune présente des qualités différentes : l'une sera plus à l'aise dans le travail relationnel, telle autre dans l'autonomisation dans les tâches du quotidien alors que l'autre pourra aller très loin dans l'investissement du corps du patient dont il faut prendre soin (tolérance aux odeurs, à la vue de la saleté etc.). Ce « prendre soin du patient » s'organise pour elles autour de trois champs. Non formalisé par des savoirs techniques et théoriques, il se forme, (voir plus loin, le paragraphe sur les règles de métier) sur le socle des habiletés développées au sein du foyer notamment en ce qui concerne la tenue de la maison, la préservation de l'équilibre familial et l'éducation des enfants. Ces habiletés reposent sur des techniques du corps transmises au sein de la famille et ne se limitent pas à des compétences techniques. L'empreinte du lien affectif unissant celui qui effectue ces tâches et celui qui apprend à les faire est central. Il me semble que les enfants qui jouent à faire le ménage ou la cuisine ne font pas que reproduire par mimétisme ce que leur parent fait. La manière dont ce dernier accomplit ces gestes du quotidien (en colère ou non, avec plaisir ou non, souvent et régulièrement ou au contraire seulement sous le coup de l'obligation...) véhicule un rapport au travail [domestique] qui s'appuie sur le corps affecté, le corps érogène et non un corps instrument. C'est donc le corps érogène qui est le support de la transmission. La difficulté

⁸³ Dans la mesure où on met la nature du côté de l'universalité. Si c'était naturel, nul besoin de travail et d'acquisition de connaissances, cela se ferait de manière spontanée et innée.

principale de ce travail de transmission des familles d'accueil c'est qu'elles ont affaire à des patients au corps érotique « amputé » (C. Dejours, 2003 a.).

Il y a des conditions permettant l'établissement de ce lien affectif particulier et cette construction débute bien avant l'arrivée du patient au sein du domicile. L'équipe parle du patient à cette famille d'accueil, et elle-même en parle au sein de sa propre famille. Il ne suffit pas de mettre en présence les deux parties pour que la rencontre ait lieu. Il faut une envie partagée et le désir de la famille d'accueil pour qu'elle puisse se faire. Elle se fera sur de longs mois parfois (décrite comme « *la lune de miel* ») lors desquels, vivant sous le même toit, chacun fera un pas vers l'autre. La famille d'accueil en observant, en allant au contact et le patient... en se présentant sous son meilleur jour et en dissimulant, au prix de gros efforts souvent, une partie de ses difficultés. Si on retrouve le travail d'ajustement relationnel en vue de trouver une « juste bonne distance thérapeutique » que peuvent faire les infirmières, il n'est ici pas étayé sur la théorie scientifique. La théorie ne pourra pas être ici sollicitée à visée défensive ; il faut là trouver d'autres moyens, s'appuyer sur le collectif de travail.

Elles doivent donc apprendre à connaître le patient confié à partir d'autres repères que ceux donnés par la science (diagnostic, symptômes etc.) qui sans aucun doute, empêcherait la rencontre humaine. Elles sont donc contraintes de se référer à des catégories de pensée distincte du champ du pathologique ou de la maladie pour se construire une représentation des besoins du patient, dans le registre de la normalité. C'est pour cette raison que spontanément, elles cherchent à les comparer à l'enfant. L'enfant est ce qui se rapproche le plus de ce qu'elles connaissent. Il est ce qui est différent d'elle tout en étant familier. Pour que la rencontre et l'investissement du patient puissent se faire, il faut que ce dernier leur apparaisse comme proche mais différent, vulnérable et en demande d'aide pour vivre (et justifier moralement leur action auprès de lui). **C'est « l'enfant dans l'adulte » qu'elles rencontrent et dont elles doivent prendre soin.**

« Faire comme si » : pour pouvoir accueillir un patient chez elles chaleureusement, authentiquement, elles doivent faire « comme s'il » était un enfant. C'est-à-dire l'investir comme tel tout en gardant à l'esprit que ce n'est pas la réalité. Ce « faire comme si » leur permet d'investir le patient mais aussi de mobiliser les techniques et les pratiques qu'elles connaissent : celles qu'elles ont élaborées, qu'elles ont vu ou dont elles ont été elles-mêmes les bénéficiaires c'est-à-dire des techniques corporelles maternelles. Il leur permet ainsi de surmonter la perplexité dans laquelle le contact avec l'adulte psychotique, en l'absence de toute connaissance sur la maladie mentale, les a plongées.

Ce « faire comme si », c'est aussi « faire comme si le patient pouvait guérir, tout au moins sur le plan social »⁸⁴. Cette croyance illusoire, à distinguer du déni de la maladie, en la possibilité d'une guérison les soutient dans l'effort, dans le travail.

Selon J. Laplanche et J. B. Pontalis (1998) le clivage est un

« terme employé par Freud pour désigner un phénomène bien particulier qu'il voit surtout à l'œuvre dans le fétichisme et la psychose : la coexistence au sein du Moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle. L'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement. »

De la même manière qu'on l'a décrit dans l'objet, ce clivage du Moi me semble pouvoir se décrire dans l'action elle-même. Une reconnaissance et un déni partiel de la réalité coexistent afin, ici, de mettre en place et de maintenir les conditions psychiques d'un investissement affectif du patient accueilli, moteur de l'A.F.T. Le clivage ici a une fonction dynamique et il protège la vie psychique du conflit rencontré avec le réel du handicap du patient. Il est donc au service de la vie.

Ce traitement de la réalité ne se limite pas à la relation au patient mais concerne la réalité du placement dans son ensemble.

Elles doivent « faire comme » si elles respectaient à la lettre toutes les consignes qui leur sont données mais également « faire comme si » tout se passait bien à la maison afin d'une part de donner à voir qu'elles sont du bon travail (soutenir la coopération verticale c'est-à-dire avec l'U.T.A.F.A et l'hôpital) et d'autre part pour éviter d'éventuelles remontrances au patient. Ce « faire comme si » participe donc de la construction de la coopération transverse tout en étant une stratégie défensive.

N'oublions pas que pour les familles d'accueil, faire du bon travail, c'est amener le patient à partir de chez elles... tout en le gardant le plus longtemps possible !

2. Transmettre le « prendre soin de soi » et l'érogénéité du corps.

Quand on leur demande de décrire leur travail, elle décrivent spontanément une part importante de tâches relevant de pratiques dites « *maternantes* » : veiller au bien-être, à la santé et à la sécurité, protéger, supporter des troubles du comportement, se rendre

⁸⁴ Entendu comme le fait de (ré)intégrer la vie sociale ordinaire en ayant un logement et/ou un travail

disponible, transmettre l'envie de prendre soin de soi, passer du temps et s'occuper du patient, veiller à ce qu'il ait tout ce qui lui faut (d'un point de vue alimentaire, vestimentaire etc.), faire en sorte qu'il « se sente bien » et « à l'aise » chez elles et auprès d'elles. Bref, en somme leur ouvrir leur porte, leur foyer et leur donner envie d'y prendre une place. Et effectivement, une grande part du travail qui leur est demandé est de « prêter attention » au patient, de « prendre soin de lui », lui « accorder de l'attention ». Elles mettent en œuvre des savoirs et des techniques mis en place par leurs propres mères vis-à-vis d'elles lorsqu'elles étaient enfants mais modifiés d'une part par leur propre expérience en tant que mère et/ou de père, par la rencontre de leur partenaire dans le couple, porteur d'une histoire et de ses propres expériences en tant qu'enfant dont on s'est occupé. Mais aussi parce qu'elles ont vu appris en côtoyant d'autres parents.

Ces habiletés alors développées subissent des inflexions, des changements dans la relation au patient psychotique adulte.

Le temps du partage du repas est ici particulièrement essentiel: on pourrait très bien imaginer un dispositif dans lequel les repas du patient sont livrés, le ménage fait par une femme de ménage et les soins donnés par une infirmière à domicile ou une auxiliaire de vie mais le patient reste alors toujours seul... le placement en famille d'accueil leur permet de trouver une place aux yeux de quelqu'un. Ce partage du temps du repas au moins une fois par jour appartient aux prescriptions de travail. Quelqu'un les écoute, les rassure et leur donne des conseils au quotidien mais pour autant, les familles d'accueil n'en sont pas des « dames de compagnie ». Certes, elles doivent être disponibles pour le patient mais elles doivent aussi l'être pour leur propre famille. Le temps accordé au patient doit donc se coordonner aux temps dévolus aux enfants, au conjoint, à la famille, au ménage, parfois aux activités personnelles (peinture sur porcelaine, sport etc.). Elles doivent faire entendre au patient qu'elles ne sont pas payées pour être à la disposition constante du patient mais bien disponibles pour les accompagner au quotidien sur le chemin d'une plus grande autonomie; pour cela ils doivent leur (ré)apprendre à coopérer, partager et collaborer avec d'autres dans le quotidien (tant au niveau social qu'au niveau des activités).

A partir du moment où les familles d'accueil peuvent « faire comme si » l'accueilli était un enfant en demande de soin [non médicalisés], elles peuvent mettre en œuvre des

habiletés, des pratiques et des techniques de maternage qui sont des « techniques du corps ».

Pour les mères, le contact et la rencontre avec le bébé passent avant tout par un engagement du corps, mis en éveil pour décoder et interpréter les demandes manifestées par le bébé : mimiques, pleurs, rires etc. Les savoirs produits naissent de l'engagement psychique et corporel dans les situations de travail toujours singulières. Ces savoirs ne se transmettent pas selon des « modes opératoires » reproductibles et ne peuvent pas anticiper la situation de travail. Ils naissent par la rencontre avec l'accueilli (voir les discussions théoriques soulevées en chapitre IV).

Tout comme les mères qui ne constituent pas leur savoir indépendamment de leur bébé et en dehors de ce que ce dernier donne à voir, les familles d'accueil utilisent leur subjectivité pour entrer en contact. C'est en partie par la possibilité de « renoncer à l'intellectualisation » au profit de l'envahissement par l'affect que les mères peuvent rencontrer leur bébé et faire face à son extrême dépendance et son absence de langage. C'est leur affectivité qui leur permet de mobiliser leurs capacités maternantes et protectrices mais cette affectivité ne peut pleinement se déployer que par le concours de l'entourage et de l'environnement, par la coopération des autres membres de la famille et même de la société⁸⁵. Si on suit cette hypothèse, c'est bien dans le collectif (qui dépasse largement la dyade mère-bébé) qu'on trouve des pistes de prévention des maladies mentales, non dans un dépistage et un suivi mère-bébé.

Les techniques du corps mises en œuvre dans les pratiques maternelles sont le fruit d'un travail et d'une transmission puis d'un apprentissage qui ne se fait que dans la singularité de la rencontre avec le bébé. Les compétences maternelles sont donc le fruit d'une transmission et d'une construction/reconstruction collectives et historique, culturelle et générationnelle. « *Je fais comme je peux, avec ce que je suis et comme on m'a appris* ». « *On lui transmet des valeurs et des habitudes, comme avec nos enfants* ». Les techniques du corps (comme la patience, l'écoute compréhensive, la disponibilité etc.) ne sont pas des qualités intrinsèques mais des savoir-faires à part entière comme le souligne P. Molinier (2003). Ils s'apprennent et se transmettent par le corps, de manière prélangagière. Cela se rapprochait de

⁸⁵ Lois permettant le congé maternité/paternité etc. Sans doute que dans un état de guerre, cette affectivité ne se déploie pas de la même manière ce qui ne peut pas être sans conséquences sur l'enfant. Ce que Winnicott n'a pas pris en considération il me semble. D. W. Winnicott soulignait que le holding et le handling permettait à l'enfant d'éprouver son intégrité corporelle. Il n'avait pas dit que ces techniques du corps n'étaient pas des constructions individuelles mais bien collectives.

ce que Joyce Mac Dougall (1996) appelle la relation symbolique précoce « prélangagière maternelle » qui permet à l'enfant de développer une intelligence émotionnelle liée à une capacité à prendre en compte l'autre dans ce qu'il fait. La communication non verbale entre le bébé et sa mère s'inscrit dans la psyché du bébé et son corps. Ils constituent l'une des premières formes de langage symbolique qui, plus tard, permettra à l'enfant devenu adulte de développer ou non sa capacité à « rencontrer » l'autre. De ce point de vue, si les femmes sont plus enclines à « prendre soin de l'autre », ce ne serait pas en fonction de leur sexe mais bien en fonction de l'histoire de leur développement affectif. Point de vue soutenu par les éthiques du Care s'inspirant de C. Gilligan (1982). D'un autre côté, si garçon et fille peuvent a priori être égaux du point de vue des ressources affectives, les soins qu'ils reçoivent sont toujours d'emblée corrompu par la sexualité adulte de celui qui les donne (J. Laplanche, 1987). Ces soins véhiculent des messages énigmatiques qu'il leur faudra tenter de traduire. **C'est, il me semble dans ces messages énigmatiques (c'est-à-dire dans la sexualité adulte transmise par les soins du corps) et dans la possibilité donnée ou non aux enfants de les traduire que se lit le destin de l'intelligence affective. Ces messages vont donc représenter la première voie d'introduction de la culture. Les soins donnés à l'enfant, les soins que tout adulte a donc reçu ne sont donc pas des actes solipsistes mais introduisent inévitablement la culture, comme une pré-empreinte, la place du collectif.**

Elles se disent « soignantes »⁸⁶ et le revendiquent mais aussi travailler avec ce qu'elles sont, comme elles sont. Quel sens donner à cette fonction ? Elles sont soignantes dans le sens de « *prendre soin de* », « *être préoccupé de* ». Effectivement, elles prennent soin de la santé du patient qui leur est confié. Le travail bien fait d'une famille d'accueil réclame d'elle une attention portée à l'état de santé générale du patient. Mais un patient psychotique ne sollicite pas l'aide de son entourage de manière ordinaire. Ces patients se plaignent souvent peu ou alors trop, laissant l'entourage sans repères communs pour évaluer la souffrance. Pour cela, elles doivent donc développer une connaissance intime et singulière de chaque patient et lui prêter une attention particulière. Cette attention se fait par le corps : il faut regarder et

⁸⁶ Et sur ce point les infirmières contestent... selon les infirmières, elles seules sont soignantes. Être une « bonne nounou » ne fait pas de vous un soignant. Pourtant Selon moi les familles d'accueil comme les infirmières font appel aux mêmes savoirs qu'elles ont complétés de leur formation professionnelle. Même si les dernières ont du mal à admettre cela !

observer, écouter, toucher, « *sentir le patient* » et surtout les changements du corps du patients imperceptibles à celui qui d'une part n'a pas appris à le connaître aussi intimement et d'autre part ne se tourne pas vers ce patient pour veiller sur lui. **C'est une disposition corporelle et psychique d'ouverture à l'autre qui réclame temps, disponibilité et une préoccupation soignante que certaines rapprochent volontiers de celle de la mère mais sans l'y confondre pour autant.** Il ne s'agit pas seulement de donner à manger et laver le linge « *comme à des gros bébés* » : Les patients qui leur sont confiés sont certes très dépendants et démunis mais ils sont des adultes et le quotidien le leur rappelle régulièrement, également par le corps.

Si certaines compétences acquises dans « l'élevage » des enfants sont mises à profit dans le travail d'A.F.T, elles ne sont pas suffisantes. Le sexuel vient justement les mettre en échec. Si la préoccupation soignante est constante et qu'elles sont « *disponibles mais pas dérangementables tout le temps, pour un oui ou pour un non* », c'est parce qu'elles opèrent un travail de hiérarchisation et qu'elles doivent penser le sens des demandes formulées par le patient : « *on est payées pour être attentives, pas pour leur remonter la braguette !* ». Le patient occupe donc une place singulière qui n'est ni celui d'un enfant, ni celui d'un ami accueilli. Il y a un travail de structuration et de codification de la relation. Il ne s'agit pas seulement de « penser pour » mais « penser avec », pas seulement de « faire pour » mais aussi « faire avec ». « *On dose* » et on « *fait avec* » : on fait avec un adulte qui a sa propre éducation, qui a (ou a eu) ses propres parents et ses habitudes dans la vie quotidienne. C'est également le corps d'un adulte, doté de sa sexualité adulte et qui vient faire irruption dans le quotidien. « *Des fois ils sont comme des gros bébés mais c'est pas des bébés !* ».

Florent est accueilli chez Mme B., ancienne cadre à la RATP, antillaise d'une cinquantaine d'année, très coquette et mère de trois filles adolescentes. Le couple, catholique, est très croyant et organisait jusqu'à l'arrivée de patients au domicile, des groupes de prière chez eux. Mme B. surtout est très engagée auprès de l'Église. Ses convictions religieuses participent pour beaucoup du projet de devenir famille d'accueil. Suite à différents troubles liés à un vécu de surcharge au travail dans son précédent emploi, elle vient après avoir lu l'annonce de recrutement dans le journal de la ville. Quand elle postule, elle ne connaît rien à la psychiatrie. Elle accueille deux patients, Florent et Anatole qui ont déjà un passé commun en famille d'accueil (l'histoire de ce placement-là est relatée ailleurs, dans les échecs de la coopération). Chaleureuse et bienveillante, très « *maternante* » nous dit-elle, mais convaincue de ne pas

pouvoir travailler seule avec des patients de psychiatrie adulte, Me B. nous semble avoir un profil à la fois étayant, accueillant et soutenant, à même à travailler avec des patients souffrant de problématiques identitaires, fragiles et désorganisés dans leur pensée. Elle nous est apparue comme une mère très préoccupée de ses filles mais aussi de ses aïeules (le couple était très présent auprès de la mère de Mr B. âgée et dépendante).

Nous lui confions donc dans un premier temps Florent, patient psychotique d'une quarantaine d'années. Florent est très désorganisé et très dissocié. Il est difficile de reconnaître, en l'écoutant, une ligne de démarcation quelconque entre une réalité extérieure et sa réalité psychique. Son discours saute souvent du coq à l'âne, logghoréique et diffluent. Il est toujours très angoissé et préoccupé en permanence par la réalité (ou non) de la mort. Florent est aussi très influençable et en quête d'un regard porté sur lui, quitte à se mettre en scène ou encore à se vendre.

Florent réclame donc une attention soutenue et continue, notamment en ce qui concerne son rapport au corps le plus intime. Après plusieurs années passées en famille d'accueil, les mêmes problèmes d'odeurs pestilentielles persistent, malgré un très gros travail accompli par les familles d'accueil successives et son infirmières référente. Après plusieurs années, nous avons pu comprendre qu'en fait Florent, du fait de la désorganisation majeure de sa pensée, ne parvenait pas à agencer une séquence de gestes adéquats lors de sa toilette. Il pouvait lui arriver par exemple, de mal s'essuyer après une diarrhée (fréquentes en raison de l'angoisse qui ne le quitte presque pas), aller à la douche et... plutôt que de procéder de haut en bas du corps, faire l'inverse... impossible d'accéder à ces données-là sans l'établissement d'une relation de confiance et d'intimité précisément permise par l'AF.T.

Florent est donc très dépendant des personnes prenant soin de lui (lui-même en étant incapable) et pour ce faire, il parvient tout de même à se rendre attachant en dépit des odeurs qu'il propage (le corps, l'haleine...) et de son allure⁸⁷.

Florent a beaucoup avancé par son accueil chez Mme B et le travail qui s'y est fait. Son hygiène est correcte et sa tenue ne lui vaut plus de moqueries dans le quartier. Il a même fallu un peu freiner Mme B. qui avait s'était véritablement lancée dans une entreprise de « lissage » du comportement et de la tenue du patient. Rien ne dépassait plus : petites baskets blanches en toile, jean, chemise vichy et foulard bleu et blanc... Il était devenu « *tout mignon* » selon Mme B. Il était en fait revêtu d'un uniforme très conformiste mais qui n'était pas du tout celui

⁸⁷ Il s'habillait comme ses idoles. Très excentrique, il multipliait bracelets à clous, chapeaux à plume, colliers gigantesques, mitaines etc. ce qui lui valait railleries et moqueries.

de Florent ! L'U.T.A.F.A a donc demandé à Mme B. de le laisser mettre ses affaires mais de doser avec lui le nombre et la quantité des accessoires (colliers, bagues, bracelets, lunettes, chapeaux, gants etc.). Au bout de quelques mois, Florent disait « retrouver sa liberté et son identité » mais sans être désormais moqué dans la rue. La question de l'hygiène et de la tenue vestimentaire, grosse partie du travail était faite, le placement suivait un cours tranquille et serein. « *Tout va bien* »...

Mais un matin, alors que Florent était parti pour l'hôpital de jour (qu'il fréquente chaque jour de la semaine sauf le mercredi), Mr B. va dans sa chambre pour lui brancher la télévision que le couple lui prête gentiment. Florent n'a pas de télévision et souhaiterait, de temps en temps pouvoir regarder des programmes ou des DVD (dont il a une collection gigantesque) quand ce que regarde la famille d'accueil ne lui plaît pas. Sur le principe, l'U.T.A.F.A est d'accord, il ne reste plus qu'à installer les raccords de l'antenne. Mais Mr B. n'a pas prévenu Florent qu'il irait dans sa chambre pendant son absence et qu'il irait tester l'installation avec l'un des DVD en question... et en mettant le premier DVD qu'il trouve, surprise... c'est un film pornographique. Le couple est d'abord sidéré puis choqué. Mr B. relativise et banalise, voir normalise vite en disant « *que tous les hommes regardent des pornos quand ils sont seuls longtemps* ». Mme B., elle, a du mal à s'en remettre mais choisit dans un premier temps de ne pas en parler à Florent. Elle n'en parle même pas à l'U.T.A.F.A.

Ce n'est que quelques temps après, à la suite d'un second événement qu'elle viendra à en parler en entretien, tellement cette irruption de la sexualité là où tous s'accordaient à la dénier, a destabilisé l'accueil. Quelques soirées après le premier incident, Mme B. n'arrive pas à dormir. Florent est depuis longtemps dans sa chambre porte fermée. Elle croit qu'il dort mais alors qu'elle se réveille et se lève... elle voit de la lumière sous la porte de sa chambre mais aucun bruit. Elle frappe et rentre sans y avoir été invitée... et surprend le patient en train de se masturber devant l'un de ses films pornographiques. Très gênée, elle retourne dans sa chambre et le lendemain, ne dit rien à Florent qui, lui, n'a pas changé d'attitude vis-à-vis d'elle ni vis-à-vis des autres membres du foyer.

Inutile de préciser qu'à l'entretien fut souligné en fait que Mme B. (et cette dernière de reconnaître) agitée (et sans doute excitée) par l'idée que son patient regardait des pornos dans sa chambre, n'en trouvait plus le sommeil jusqu'à aller le surprendre. Il faudra plusieurs entretiens et plusieurs discussions au sein du couple pour que Mme B., choquée dans ses valeurs catholiques et effrayée par la sexualité d'un patient (et donc « *bizarre* »!!) sous son toit, pour qu'elle accepte finalement de reconnaître que Florent en fait n'avait rien fait de plus

que leur signifier qu'il est un adulte. Aucun son ne sortait de sa chambre, les DVD sont soigneusement rangés... il n'avait manqué de respect à personne, ni dérangé qui que ce soit. Tout avait démarré en fait par une conduite très « parentale » envers un adulte qu'on avait investi comme un enfant dépourvu de sexualité active, et qui plus est un enfant qui n'était pas le leur !

La sexualité active du patient a fait émerger des affects ambivalents et ambigus à l'endroit du patient et de l'accueil familial notamment de la peur : « *mais ces gens-là, ils passent à l'acte ? S'il a une sexualité comme celle-là, je dois peut-être avoir peur pour mes filles et pour moi ? Mais alors je peux susciter du désir chez lui ???* ». L'irruption de la sexualité vient souvent constituer une épreuve dans le placement et la famille d'accueil peut tout à fait alors interrompre l'accueil si elle n'est pas entendue, si tout cela n'est pas constitué comme un objet de travail. Cela offre également la chance d'élaborer une représentation et une relation plus juste avec le patient. C'est risqué mais quand l'entourage familial - et en premier lieu ici le mari (et même ses filles lui ont à cette occasion dit qu'elle n'avait pas de quoi être choquée ! révélant à demi-mot à leur mère qu'elles-mêmes avaient une sexualité) - et les membres de l'équipe hospitalière, notamment le psychologue peuvent entendre et accompagner l'élaboration du vécu, une épreuve comme cela là représente une occasion de faire de placement un temps thérapeutique. A partir de ce moment-là, les relations entre Mme B. et Florent sont devenues moins ambiguës et moins teintées d'emprise... (et la sexualité s'est parlée entre mère et filles !)

Toutes les familles ont du faire face à un moment donné à la sexualité du patient psychotique qui vient barrer la possibilité de poursuivre la voie de ce que j'appellerai une « **communauté d'illusion** » et qui permet le démarrage de la situation d'accueil. Pour l'une ce sera la masturbation, pour l'autre, ce sera l'aveu du patient disant qu'il « *va aux dames* » ou l'autre disant qu'elle veut partir ou prendre une chambre d'hôtel avec son « *copain* » ; pour l'autre ce sera le patient qui demandera solennellement la fille de la famille d'accueil en mariage etc.

La sexualité de l'accueilli vient marquer un temps de suspension dans la continuité de l'investissement affectif fait et demande aux familles d'accueil des réajustements, notamment concernant la séduction. « *Ce que ça a changé l'A.F.T ? Ben on peut plus se balader à poil chez soi comme avant* » dit un jour l'une d'elle en groupe de travail. Ce qui signifie deux choses : d'une part que la situation d'accueil bouleverse leur vie intime, d'autre part que la

séduction doit comporter des limites...ce que là encore le patient et son corps viennent rappeler.

Le réel du travail en A.F.T, c'est donc la confrontation avec la sexualité de l'accueilli. C'est la confrontation de la sexualité des familles d'accueil avec celle d'un accueilli dont elles doivent prendre soin, qu'elles doivent accompagner sur le parcours de l'émancipation mais sans faire totalement avec lui comme avec un enfant, au risque sinon de l'infantiliser et d'aboutir à l'inverse du résultat escompté. Ainsi, les familles d'accueil ne peuvent pas mettre en œuvre la même « aptitude à régresser » nécessaire dans le travail des métiers de la petite enfance (D.-L. Chaplain et M.-F. Custos-Lucidi, 2001, op. cit) ou comme d'autres l'ont relevé à propos des mères de nourrissons. Elle ne suffit pas et peut même nuire au travail... car l'accueilli n'est pas un enfant... et pas leur enfant ! Le corps érogène à partir duquel elles travaillent, qu'elles mettent en avant pour « rencontrer » et « connaître leur patient » ne subit pas le même traitement. **La séduction n'est pas réprimée, au contraire elle est utilisée mais contenue.** Ici l'organisation du travail, féminine, reconnaît cette technique féminine de maternage. Elles ne sont donc pas contraintes de recourir aux mêmes stratégies défensives relevées chez les assistantes maternelles consistant en un gommage de leur identité sexuée. Elles sont reconnues dans leur féminité par le regard des autres, des collègues, de la famille. L'U.T.A.F.A considère la santé des familles d'accueil comme une des conditions de la qualité du travail. L'unité peut donc, si nécessaire, inscrire les patients confiés sur des structures de jour⁸⁸ afin de laisser aux familles d'accueil du temps seules pour pouvoir s'organiser et reprendre/poursuivre une activité (sport, peinture, sculpture etc.). **La santé des familles d'accueil est un indicateur de la qualité du travail fait auprès du patient et par l'U.T.A.F.A.** Elles sont même encouragées à ne pas « trop » s'adapter au patient. C'est à lui de s'adapter à la famille. Rappelons que les patients sont et restent chez elles volontairement. **La séduction est donc requise.** A la fois dans les premiers temps de la rencontre mais aussi tout le long du placement afin d'une part de pérenniser le placement et pour travailler, c'est-à-dire accompagner le patient dans un processus d'autonomisation dans le « prendre soin de soi-même », autrement dit dans l'émancipation vis-à-vis de la maladie mentale qui les a conduit en psychiatrie.

Et c'est là qu'elles rencontrent un nouvel obstacle et qui les remet au travail : le corps érogène de l'adulte psychotique. Le maternage et la séduction ne suffisent pas.

⁸⁸ Type C.A.T.T.P, H.D.J etc. quand le projet de recherche de travail n'est pas déjà en cours.

3. « Vivre avec » et « faire avec » la psychose.

Ce sont des activités versées plutôt du côté du maternage que les familles d'accueil recherchent quand elles postulent à l'U.T.A.F.A et certaines sont mêmes recrutées pour cela. Les infirmières parlant du travail de Mme A. : « *sur le plan de l'hygiène, elle fera très bien avec Florent, pas de souci, Mme A fait ça très bien. C'est une bonne nounou* ». Une part des attentes tant du côté des patients (« *elle s'occupe bien de moi, je mange bien, je dors bien* ») que du côté des infirmières, du moins en début de placement, concerne effectivement une attention particulière à la vie du patient, aux rythmes circadiens : « *est-ce qu'il mange bien ?* », « *est-ce qu'il dort bien et à quelle heure ?* ». De longs mois sont parfois nécessaires pour régler l'accordage des rythmes de vie du patient et ceux de la famille d'accueil. Ce sont donc également ces critères qui servent de point d'évaluation de l'accueil par les bénéficiaires. Socle du travail, ces activités relevant du « nounoutage⁸⁹ » ne peuvent pas être la seule dimension du travail des familles d'accueil. Si elles sont nécessaires elles ne sont pas suffisantes pour qu'un placement avance. C'est sans difficultés qu'elles peuvent dire « *pouvoir tout faire* » pour le patient dans les débuts de placement. Certaines peuvent tolérer qu'un patient fasse sur lui et nettoyer derrière sans s'en plaindre ni même en dire quoi que ce soit. Certaines ont du faire face à des patients et des patientes étalant leurs excréments sur les murs ou laissant trainer derrière elles leur serviette hygiénique usagée etc. Considérant la dépendance de ces patients vis-à-vis de ceux qui s'occupent d'eux, elles peuvent aller très loin dans leur « prise en charge » (au sens littéral du terme) des patients.

Retrouvons Mme B., embauchée depuis peu : Elle me dit repasser le linge de son patient Anatole et lui beurrer les tartines, sans que le patient ne lui ait rien demandé ni montré à voir qu'il ne pouvait pas le faire seul. Et à vrai dire, il sait très bien faire tout cela et même plus encore.

Peu de temps après avoir accepté d'accueillir Florent, Me B. a accueilli Anatole ils étaient tous deux dans la même famille d'accueil avant que le placement soit arrêté. Florent a intégré

⁸⁹ Des tâches subalternes ne relevant même pas du travail de l'aide soignante, ne relevant même pas du travail hospitalier... en somme des activités que tout un chacun pourrait faire (mais que tout le monde ne pourrait pas supporter de faire). Voir pour cela les études faites sur le travail des nounous, la question de la domination féminine et raciale qui l'infiltré.

d'autres familles d'accueil, Anatole est resté en hospitalisation de nuit le temps qu'une autre solution puisse se penser.

Anatole est un patient d'une quarantaine d'année présentant une psychose dissociative, des préoccupations hypocondriaques et un délire mystique. Quand Anatole va mal, il est de toutes les confessions religieuses et se sent investi d'une mission messianique. Il est l'Elu. Mr. A présente aussi des troubles de l'humeur surtout à dominante hypomane et une addiction aux jeux. Ses addictions aux produits toxiques ont disparu avec la stabilisation de sa psychose. De présentation presque obséquieuse et empreinte d'une jovialité inadaptée presque en permanence, Anatole s'incarne souvent dans une posture de coupable remerciant sans cesse son entourage des bons soins prodigués, ou en tout cas « *tout ce qu'on fait* » pour lui. Mais à vrai dire, Anatole échappe beaucoup aux soins quel qu'ils soient. Le week-end, il est peu là, du coup peu accessible à un rapprochement avec la famille d'accueil autour des activités domestiques. Le soir, il rentre tard, mange et va dans sa chambre. Sous des allures très affables (trop même et c'est ce qui les rend étranges...), Anatole contient une grande agressivité envers les autres. Il est d'ailleurs souvent mêlé à des conflits au travail... dont il n'est évidemment jamais responsable mais toujours victime. Ces conflits naissent toujours de la même situation : l'encadrant moins présent le laisse prendre une place qui n'est pas la sienne. Il se comporte généralement avec les autres patients (au travail et en dehors) de manière directive, voire méprisante, parfois insultante et agressive. Toujours en dehors de la présence de ceux qui incarnent le cadre et l'ordre (au travail comme dans la famille d'accueil). Quand cela éclate sous forme de conflits, il le tolère très mal et il s'en extrait au moyen d'une plainte somatique amenant son médecin traitant à lui prescrire un arrêt maladie.

Le travail à mener avec Anatole en famille d'accueil ne porte pas sur l'hygiène ou sur l'apparence ni même sur l'autonomie dans la vie quotidienne (il est capable de faire ses courses, se préparer à manger, entretenir son linge et son lieu de vie). Anatole est très autonome depuis de nombreuses années et à vire dire, l'éventualité d'un départ vers un foyer-logement se pose (un appartement étant exclu en raison du fait qu'il ne parvient pas à garder le moindre argent liquide sur lui. Il le joue immédiatement.). Pour y accéder, Anatole, doit pouvoir établir des « compromis » avec les autres, ce qu'aujourd'hui encore il ne parvient pas à faire en raison de la difficile conflictualisation pulsionnelle qu'il peut soutenir.

Mme B. n'a pas à faire le même travail qu'avec Florent. Il est moins visible, moins palpable ce qui l'amène en première intention à rendre visible ce qu'elle fait pour Anatole.

Ainsi par exemple, elle lui beurre les tartines le matin et pour cela, elle se lève avant lui... ce qu'elle justifie par un souci qu'il soit à l'heure au travail. Plus tard dans le placement, elle pourra se rendre compte que Anatole n'a ni de souci d'organisation, ni de ponctualité le matin... bien au contraire. Même le week-end, il se lève très tôt pour partir le plus vite possible et même parfois avant 9h le matin... imposant alors un réveil très matinal au reste du foyer ! Je lui explique que ce que l'on attend d'elle c'est de ne pas lui beurrer les tartines sauf occasionnellement (et cette fois alors uniquement par gentillesse) mais, s'il ne le fait pas, d'amener le patient à se lever assez tôt pour avoir le temps de beurrer lui-même ses tartines. Ce à quoi elle me répond qu'effectivement, son mari lui avait fait la remarque « *qu'à lui, elle ne lui beurre pas les tartines !* ». Elle apprendra alors que s'il y a bien un travail à faire avec Anatole concernant les horaires, c'est de l'amener à harmoniser les siens avec ceux des autres plutôt que s'adapter, elle, à ce que le patient semble vouloir pour lui seul !

On pourrait donc dire que le travail des familles d'accueil consiste justement en ceci : « *ne lui beurrez pas ses tartines !* ». C'est-à-dire par rapport au même geste, « *prenez une posture plus éducative vis-à-vis du patient que celle que vous pourriez avoir pour vos proches* ». Les familles d'accueil font souvent plus de choses pour le patient que pour les membres de leur famille non officiellement dépendants (sauf concernant les enfants en bas-âge) ce qui entraîne dans le quotidien des frictions entre les différents bénéficiaire qui occupent des places qui ne sont ni interchangeables ni symétriques.

Le souhait d'être utile à quelqu'un dans le besoin serait la motivation première de ces familles d'accueil ? Prises entre un désir « *d'aider* », « *d'aimer* » et « *d'accompagner quelqu'un* », elles ne réalisent pas toujours la réalité et la complexité de ce travail, qui plus est, auprès de patients schizophrènes. Et le travail quotidien vient très vite nuancer ces louables intentions... Elles font l'épreuve de ce travail qui ne se limite pas en un « *tout faire pour le patient* » (et même bien au contraire !) mais plutôt en une estimation constante de ce qu'il est nécessaire de faire pour lui et de ce qu'il est important de lui laisser faire ou de l'amener à faire. La gentillesse n'est donc évidemment pas suffisante et peut même parfois se révéler anti-thérapeutique soit en devenant persécutive, soit en amenant le patient à ne faire aucun effort car il se sent *trop bien*...

Impossible de faire preuve de chaleur humaine sur du long terme (et même du tout), tout le temps envers un patient psychotique, lui-même témoignant peu d'affects sauf à l'investir

comme une personne malade et vulnérable donc à protéger. Si effectivement, « *tout le monde ne peut pas être famille d'accueil* », c'est parce que ce travail nécessite un engagement affectif prolongé qui ne peut pas se soutenir du temps hors travail de la même manière que le « travail émotionnel » (A. Hochschild, op. cit.) décrit dans la littérature classique. Il faut construire cet investissement affectif et le maintenir notamment face aux obstacles opposés par la psychose des patients. Un jour, l'étranger, le différent vient rompre le socle des évidences sur lesquelles le quotidien s'était bâti. La « lune de miel » prend fin et les familles d'accueil sont contraintes d'accepter que celui dont elles prennent soin, pour lequel elles ont fait tant de concession, déployé autant d'effort et d'investissement ne correspond pas à l'idée qu'elles s'en étaient fait jusqu'alors, qu'il ne se soumet pas facilement à ce qu'on pense pourtant « *bien pour lui* » et qu'il n'est même pas reconnaissant⁹⁰.

A côtoyer les gens dans le quotidien, on les voit autrement que dans le champ social. Les patients placés semblent aller bien, très bien même à tel point que certaines et des observateurs extérieurs demandent fréquemment pourquoi ils sont en famille d'accueil et même pourquoi ils sont suivis en psychiatrie. Les patients placés, pour l'essentiel⁹¹ sont asymptomatiques.

Guillaume est un jeune homme d'une trentaine d'année qui a décompensé alors qu'il poursuivait des études de pharmacie. Son père est enseignant, remarié après le décès dans un accident de la route de la mère de Guillaume ainsi que de ses deux sœurs. Guillaume fut le seul survivant. Les rapports entre le père et le fils sont très tendus, voir violents. Ils étaient en rupture de tout contact au moment du placement en raison des passages à l'acte hétéro-agressifs passés de Guillaume envers le couple parental mais sûrement aussi en raison de la blessure narcissique que représente la maladie de Guillaume pour son père. Guillaume est issu d'une famille d'intellectuels congolais d'intellectuels (professeurs, médecins, avocats etc.). Le père de Guillaume est très exigeant et ne comprend pas pourquoi son fils ne peut pas

⁹⁰ Au mieux il ne rend pas la pareille, ne témoigne pas d'affectivité, au pire s'oppose désormais à ce qu'on le traite comme un enfant... ce qui semblait jusqu'alors être un entendu partagé !

⁹¹ Ce n'est pourtant pas le cas pour tous les patients, et encore moins dans le temps. Les infirmières précisent souvent que les patients accueillis au début de l'unité étaient des patients « plus lourds » qu'aujourd'hui. Entendons que les marges de manœuvre d'invisibilisation des signes de la maladie ont été accrues par les prescriptions des neuroleptiques de nouvelle génération (ou appelés encore même si je trouve que le terme n'est pas juste, d' « antipsychotiques ») en première prescription. Des patients jeunes sont aujourd'hui mis sous neuroleptiques de seconde génération, plus vite en raison des effets secondaires moindres notamment sur la présentation qu'il peut offrir.

reprendre ses études de pharmacie et pourquoi il ne peut pas travailler « *comme tout le monde* ». Selon ce que nous rapporte le fils, dans la vision du père, le rétablissement ne peut s'entendre que comme un retour à un état antérieur à la décompensation et sans stigmates sociaux.

Sous des allures très « *normales* », Guillaume est en fait très malade. Très hermétique, il peut sourire mais sans laisser à son interlocuteur un sentiment d'authenticité dans les affects témoignés. Pris dans un désir de normalisation, Guillaume a en fait bien du mal à exister par lui-même. Quand il parle de lui, c'est souvent à la troisième personne du singulier et en récitant une liste de symptômes trouvés sur internet à partir du diagnostic qui lui avait été donné il y a de cela bien longtemps. « *On m'a dit que je présente une schizophrénie paranoïde. J'ai eu des troubles du comportement avec agitation et hétéro-agressivité surtout sur ma belle-mère. Maintenant ce sont des symptômes de fatigue chronique et des troubles de la pensée* ». Guillaume était allé chercher sur internet un diagnostic et des symptômes mais sans pour autant savoir comment les illustrer à partir d'une description de lui-même. Guillaume ne s'éprouve pas, il se détaille lui-même, se décrit de manière extérieure et a bien du mal à parler de lui et de ses envies quand je le rencontre en vue d'un A.F.T. « *Bonjour, c'est Mr H. qui vous parle au téléphone.* » Voilà la manière dont il pouvait se présenter au téléphone ou même lorsqu'il venait pour son rendez-vous. C'est justement cela qui nous fera tenter l'expérience et à vrai dire...

Il a fallu plusieurs mois d'accueil et de travail auprès de Mme N., sa famille d'accueil, pour que des choses bougent. Le couple franco-marocain est marié depuis une vingtaine d'année. Ils ont un garçon et une fille tous deux adolescents. Ils vivent dans une cité pavillonnaire très calme. Mr est ingénieur et Mme est biologiste. Tous deux ont fait des études supérieures poussées. Comme Guillaume, Mme N. est quelqu'un de versé dans la culture et l'intellect. Elle ne vient jamais à ses rendez-vous sans un « pavé » à lire dans la salle d'attente. Si dans les premiers temps, le travail avec les infirmières a été compliqué car Mme N. ne leur reconnaissait aucune autorité, seulement incarnée à ses yeux de ceux ayant une formation universitaire poussée (le psychologue ou le médecin). Progressivement, à force de renvoyer Mme N. soit vers les infirmières, soit vers elle-même, son propre savoir, le travail d'A.F.T a pu démarrer.

Guillaume a un physique attrayant (ce qui a été noté par le médecin de l'U.T.A.F.A en place sur l'unité à ce moment là et par son infirmière référente) même s'il me semble dénué de toute

séduction. Guillaume est quasiment asymptotique. Il semble très cultivé et discute facilement de l'actualité ou encore de la politique. Il est grand amateur (et connaisseur) de football même s'il ne joue pas. C'est sa froideur et son hermétisme qui viennent faire barrage à toute séduction.

Elle a pourtant opéré dans un premier temps entre le patient et la famille d'accueil. Elle a permis la rencontre entre cette famille d'accueil-là (qui accorde beaucoup de poids aux apparences et aux convenances sociales), et ce patient-là qui a besoin d'un entourage acceptant ses défenses intellectualisantes sans pour autant se laisser envahir par elles. A priori le travail avait l'air « simple » si l'A.F.T se limitait à la consolidation de mécanismes psychiques allant dans le sens d'une normalisation, du conformisme rassurant pour tous. Mais voilà, le travail d'A.F.T est un travail affectif et centré sur le corps visant autre chose qu'une simple adaptation « de surface » à l'environnement social. Guillaume, sous des apparences normales, s'est progressivement révélé à Mme N. comme très repoussant. Il sent mauvais et imprègne de son odeur literie et linge de maison. Il ne nettoie pas ses crachats dans le lavabo ni sous la douche, ne ramasse pas ses cheveux etc. C'est ce « corps érogène amputé » (C. Dejours, 2003 a., op cit.), séduisant en apparence (et pas séducteur) mais repoussant dans l'intimité, qui a réclamé à Mme N. des efforts pour « *donner envie de prendre soin de soi* » à Guillaume et pour lui faire prendre une place au sein de la famille, partager autre chose que des avis convenus sur la société ou la politique actuelle.

Guillaume passe très bien auprès de tout le monde, des soignants, de la famille d'accueil et de son entourage. Il discute bien volontiers de ce qui se passe en France et dans le monde, donnant l'illusion à son interlocuteur d'une discussion mais Guillaume ne partage rien en fait, il répète ce qu'il a lu ou entendu mais sans partager d'opinion. Il ne dit pas ce qu'il pense ou ce qu'il ressent mais ce qu' « on » pense, ce qu' « on » ressent ou doit ressentir. Dans la vie quotidienne c'est la même chose. Rien dans ses actions n'est orienté vers le plaisir ni le sien ni celui de l'autre. Il compte les centimes qu'il va devoir dépenser pour les autres ou pour lui-même. En terrasse d'un café en vacances avec la famille d'accueil, il a hésité à demander du sirop dans sa limonade et avant d'accepter, a demandé le prix en fonction de la quantité de sirop rajoutée. Il n'avait pu pendant ce séjour « payer un verre » aux autres membres du groupe que parce qu'on avait insisté... Si spontanément, Mme N. avait interprété cela en terme moraux (il est radin), les entretiens ont permis de mettre en lumière que c'était sans doute un peu plus complexe en soulignant que la possibilité de partager des moments de convivialité dépendaient de la capacité à prendre du plaisir. A partir de ce moment, le travail

en famille d'accueil a changé et s'est orienté vers une double hypothèse : le travail sur le corps érogène permettrait de faire bouger des difficultés rencontrées dans les rapports sociaux d'une part. Ce travail sur le corps érogène devait repartir du plaisir pris avec son corps pour Guillaume, d'autre part.

Guillaume a parcouru un long chemin à partir d'un travail important concernant sa relation avec son propre corps. Dans un premier temps, en vue d'une insertion professionnelle, car telle était sa demande, il a fallu traiter les odeurs qui maintenaient les autres à distance. C'est un travail qui repose sur le travail de la famille d'accueil au quotidien et sur les V.A.D. Ainsi il a été nécessaire de « dissocier » shampooing et gel douche, dissocier les produits d'usage pour le corps et les cheveux. Guillaume se coiffe quotidiennement avec du gel très fixant spécial pour cheveux crépus. Un produit très gras. Quand il prenait sa douche avec un « deux en un », il en mettait sur ses cheveux et se lavait le corps avec ce qui en coulait. Il a fallu d'abord le convaincre de faire la dépense de deux produits différenciés (un peu moins bon marché que ce qu'il utilisait) et plus adaptés à ses besoins. La famille d'accueil a dû se charger un temps de ces achats que Guillaume ne consentait pas à faire malgré les prescriptions infirmiers. De la même manière, il lui a été demandé « d'investir » dans des serviettes de toilettes, des sous-vêtements pour en avoir plus et pouvoir les laver plus souvent. Il a dû réapprendre à trier le propre du sale et accepter de se laver avec un gant de toilette. Il se lavait avec un « filet » à grosses mailles qui ne retenait rien du savon étalé dessus.

Avec le temps, bon gré mal gré et par les automatismes mis en place, Guillaume a évolué mais cela n'a pu se faire qu'au travers des relations établies avec les soignants qu'il a pu investir d'une forme d'autorité bienveillante. Le parcours de subjectivation passe par l'investissement des personnes et des objets matériels adéquats.

Avec le temps, Guillaume a pris une place dans le groupe familial ; ni un fils, ni juste un patient. Il fait partie des « hommes » de la maison avec lesquels il regarde souvent le football à la télévision... jusqu'à ce que Mme N. leur demande de la laisser s'en servir ! Il a manifesté de l'intérêt pour les membres du foyer et même se soucier d'eux quand ils vivaient des moments difficiles, le décès de la mère de Mme N. par exemple. Il y a appris aussi à « faire plaisir » aux autres. Au début de sa prise en charge en A.F.T., Guillaume faisait des cadeaux « de convenance », sans parvenir à les rendre appropriés au destinataire. A Noël ou aux anniversaires, il offrait des « magazines » achetés à la grande surface la plus proche. Toujours la même chose, quel que soit le destinataire. La raison n'en était pas financière car Guillaume

avait beaucoup d'économies. Il disait n'avoir aucune idée de comment faire plaisir aux gens « *quand soi-même on ne sait pas ce que c'est* ». ce fut là sans doute la seule demande qu'il m'adressa en entretien : *Comment faire plaisir, comment ressentir du plaisir ?* Ce corps « *objet à entretenir* », « *pas vraiment sien* » ne ressentait « *ni plaisir ni souffrance, juste de l'angoisse* »⁹².

Non choyé par une mère morte alors qu'il était très jeune, élevé par un père froid et exigeant, Guillaume devait montrer qu'il était « *à la hauteur* » non seulement des idéaux paternels mais aussi de sa survie.

Le temps d'A.F.T., dégagé de toute injonction de réussite sur le plan social ou professionnel, et le travail de la famille d'accueil, continu et stable lui ont permis de relativiser un temps ces enjeux et commencer à distinguer le « *bon pour soi* » du « *bon* ». Guillaume a appris à faire des cadeaux, à faire plaisir, seul (c'est-à-dire sans qu'on lui dise quoi acheter et quand) et à entendre la souffrance de l'autre.

Prendre en considération l'impact de son comportement et de ses conduites sur autrui reste cependant encore une part du travail à faire.

Après presque quatre ans de prise en charge en famille d'accueil, Guillaume parle de lui en première personne, et se désigne par son prénom quand il nous téléphone. Il ne va plus se coucher à 22h tapantes (parce qu'il est 22h tapantes !) alors que le match de football qu'il voulait voir n'est pas terminé. Il finit de regarder le match qu'il avait commencé, reste avec les autres le temps que le programme se termine. Il ne fait plus le même descriptif des symptômes qui selon lui devaient le définir. Il est désormais « en projet » d'une insertion sociale et passent les concours de la fonction publique avec d'autres personnes comme lui, malades et brillantes. Le seul symptôme de la liste qui reste comme « *carte d'identité* », c'est la « *fatigue chronique* ». Quand Guillaume est fatigué, il ne dit toujours pas qu'il est fatigué mais il dit « *souffrir de fatigue chronique* ». Mais en même temps, il ne fait plus du tout mention de sa maladie psychiatrique et devient très irrité quand on lui en parle... autant dire que le travail n'est pas terminé !

L'importance conféré aux rythmes du corps et à son hygiène ont permis à Guillaume de réorganiser son rapport au corps sur un mode pseudo-névrotique. Désincarné, à côté de son propre corps subjectif, Guillaume a pu le réinvestir comme un espace subjectif habitable, tout

⁹² Quand par exemple un problème somatique survenait.

au moins partiellement. Mais cela ne fut possible que par la reprise, le redécoupage de l'enchaînement des différents soins à apporter à ce corps. A force de répétition et de contrainte à devoir répéter ces gestes de soin du corps, des embryons de « re »-libidinalisation de son corps se sont faits jour. Le « souci de son apparence » et de « la présentation de soi » en furent les premiers indices. Dans la clinique, on peut voir des patients investir leur tenue vestimentaire ou leur allure mais plutôt à la manière d'uniforme ou de déguisement. La tenue vestimentaire n'a alors rien de subjectif, ne traduit rien du sujet et n'est pas pensée dans une optique de séduction et du commerce intersubjectif. Rien ne dépasse, tout est figé. Le patient a l'allure d'un jeune « à la mode » mais il n'en a pris que l'allure. Être à la mode, c'est traduire des messages et les codes sociaux. Ce n'est pas seulement reproduire. Il faut garder de la singularité dans ce qui semble être très conformiste. Guillaume est devenu capable de faire preuve d'originalité tout en adoptant une allure plus conforme aux impératifs sociaux. Il a été admis à un concours de la fonction publique et travaille...

Ce n'est pas seulement d'un travail sur le corps propre, sur le corps réel dont il est question ici mais d'un travail sur le corps érogène, celui qui prend du plaisir avec lui-même et dans le commerce avec les autres.

Dans les premiers temps du placement, la famille d'accueil prend en charge beaucoup d'éléments de la vie du patient. Il faut « *penser à tout mais s'abstenir de faire* » car sinon, le patient n'a pas de marge de manœuvre pour reprendre une certaine autonomie dans sa vie. Il s'agit de réintroduire des habitudes et des techniques corporelles concernant l'hygiène de vie en général. Si dans un premier temps, les « rythmes » - comme la fréquence des douches, des changements et d'entretien de linge, les horaires des repas, des couchers et des levers- sont mis en place par l'accueillant familial, très vite il s'agira de stimuler la prise d'initiative du patient, souvent très perturbée par la psychose⁹³ concernant tous ces registres. Acheter un réveil, apprendre au patient à s'en servir et vérifier qu'il a compris, l'aider dans l'estimation du temps nécessaire pour pouvoir régler l'heure de réveil et si nécessaire... le laisser parfois rater son bus ! Par tentatives, elles cessent de rappeler au patient de faire certaines choses pour voir si des « habitudes » ont pu être (re)prises. Cet arrêt de la répétition n'est pas un manque de rigueur ou de sérieux dans le travail à faire mais participe bel et bien de ce travail. Ces

⁹³ Ce que les psychiatres désignent à travers les symptômes d'apragmatisme et d'aboulie.

« *pauses dans la répétition* » seront-elles-même répétées⁹⁴ en fonction de l'évolution du patient. L'autonomie dans la vie s'entend comme l'objet d'une conquête permanente, dans la vie de tous les jours et non comme un idéal à atteindre. Elle guide la prise en charge mais ne peut pas représenter un objectif à remplir. S'« *ils font toujours les choses pour un autre* » dans les premiers temps, il faut donc leur « *réapprendre à vivre* » c'est-à-dire se passer d'elle, continuer à prendre soin d'eux-mêmes seuls, non pas en référence à des contraintes ou des obligations mais par égard pour eux-mêmes.

L'objectif à atteindre en A.F.T, aux antipodes de la normalisation du comportement du patient, se comprend davantage selon moi comme le plaisir pris dans le conformisme aux contraintes sociales puis dans la liberté qui pourra être prise vis-à-vis de ces mêmes contraintes. La liberté n'est pas première mais secondaire à l'intégration sociale, elle-même reposant sur le conformisme pour partie. La liberté ne pourrait être atteinte que par l'acceptation d'une certaine part de conformisme.

Dans leur travail, elles disent chercher à ce que le patient prenne plaisir à s'occuper de lui-même et de son corps. A travers les habitudes, c'est bien un « *réveil* » ou un « *étayage* » d'un corps érogène qu'elles recherchent. Si l'autonomie guide la prise en charge en A.F.T, c'est le plaisir (ou la recherche de plaisir) qui l'anime. Ce plaisir semble pouvoir naître de la contrainte et de la répétition. « *Je ruse... c'est peut-être tricher mais bon... par la flatterie : je lui dis, vous êtes beau habillé comme ça... j'essaie le regard des autres* ». À travers les encouragements, c'est également une dynamique de la reconnaissance qui est utilisée par les familles d'accueil pour relancer chez le patient le plaisir à prendre soin de son corps et de soi : **La gratification narcissique, le compliment ne suffisent pas à expliquer pourquoi ce type d'interpellation fonctionne en famille d'accueil. Il s'agit là bien plus d'encouragements portant sur le travail corporel que les patients font en famille d'accueil plutôt que sur ce qu'ils sont. C'est parce qu'ils portent sur le travail corporel effectué par les patients que ces encouragements me semblent produire des effets sur le corps érogène. L'encouragement ici a une fonction de reconnaissance du faire du patient. Pourquoi cette forme de reconnaissance fonctionne-t-elle et comment ? Par le fait que l'encouragement est un message énigmatique. D'un côté il parle d'un faire concret, dans le registre de l'auto-conservation mais le message est compromis par le fait que l'encouragement et la satisfaction de l'autre renvoient à une valeur érotique qui pour l'essentiel échappe à la**

⁹⁴ Ce qui ne peut que mettre en doute la « pause » réelle que cette tâche permet car elle-même est prise dans un cycle répétitif.

conscience de l'autre de sorte qu'en soignant convenablement son corps, le patient réalise par ce geste et dans ce geste une traduction du message compromis initial de l'adulte. Enjoindre un patient à se laver, ce n'est pas seulement, dans le cadre de l'A.F.T., une directive opératoire ou éducative. C'est toujours un message énigmatique chargé de sexualité inconsciente, celle-là même qui est en cause dans le fait de se porter volontaire à être en famille d'accueil.

Ce travail de structure, d'organisation de la vie se fait dans la répétition, l'effort et la durée autant pour le patient que pour l'accueillant familial qui, pour tenir face aux contraintes psychiques générées par le travail répétitif se soutient de la créativité (la possibilité de laisser faire seul le patient, faire ces « pauses » à des moments précis pour relancer une dynamique dans la prise en charge etc.)- elle-même soutenue par l'organisation du travail fondée sur deux socles: l'organisation domestique et l'organisation du travail institutionnel de l'U.T.A.F.A.

Le travail institutionnel de l'U.T.A.F.A, parce qu'il reconnaît l'intelligence, les savoir faire des familles d'accueil et leur fait confiance n'interprète pas les conséquences de ces pauses comme des fautes ou des erreurs des familles d'accueil. Quand par exemple un patient rate un rendez-vous parce qu'il ne s'est pas levé, si la famille d'accueil justifie la raison pour laquelle elle ne l'a pas réveillé, cela est reconnu comme appartenant « au travail bien fait » (même si le résultat n'est pas celui escompté) et non comme une faute ou un manquement.⁹⁵ L'échec n'est pas interprété comme la faute mais comme le signe du travail en train de se faire.

Les accueillants s'appuient par ailleurs sur l'organisation domestique de la famille dont les membres peuvent représenter des relais importants. Chacun y tient sa place, remplit ses obligations quotidiennes ce qui permet aux accueillants d'être suffisamment disponibles pour le patient à certains moments. En charge d'une « veille » concernant la continuité des soins, les familles d'accueil ont à gérer des emplois du temps multiples : celui du patient se décomposant entre les absences/présences du patient en journée, les rendez-vous médicaux donc l'emploi du temps de l'institution (horaires de l'U.T.A.F.A par exemple) mais aussi les emplois du temps des membres de leur famille. Elles ont donc une charge de travail importante concernant l'organisation et la gestion du quotidien de la vie du foyer mais également dans la prise en charge soignante du patient. Elles doivent organiser le temps des

⁹⁵ Encore faut-il rajouter, même si cela paraît évident, que cela n'est possible que quand le travail de l'U.T.A.F.A est lui-même reconnu et soutenu. La qualité du travail des familles d'accueil (et a fortiori la santé de ces dernières) se soutient en partie de la qualité du travail de l'U.T.A.F.A, dont les conditions de mise en œuvre dépendent de l'organisation hospitalière publique.

autres tout en s'ajustant aux contraintes de l'institution (« *je fais mon planning en fonction de ses nécessités, de ses rendez-vous* ») et s'organiser pour faire face à l'ensemble de leurs obligations (être libre pour les visites à domicile, venir à leurs rendez-vous sur l'hôpital, accompagner le patient dans les rendez-vous médicaux, faire des courses concernant le patient avec le patient etc.) et de leurs tâches domestiques. Dans ce cadre, « *occuper le patient* » peut représenter un outil de travail car cela permet de dégager du temps pour faire autre chose. A vrai dire plus qu'elles n' « occupent » le patient pour pouvoir faire autre chose, elles font avec lui toutes sortes d'activités (aller au marché, faire des courses etc.). « Occuper » n'est pas « faire avec ». « *Occuper le patient* » a également une visée défensive : cela met en visibilité quelque chose de leur travail, leur permettant de se défendre de l'idée qu'elles sont payées à ne rien faire et à rester chez elles. Cela leur permet également de mettre à distance le patient quand ce dernier les envahit, leur « *pompe l'énergie* ». Les temps d'occupation du patient (activités d'hôpital de jour, de groupe d'entraide mutuelle etc.) ont également pour fonction de « rythmer » la vie quotidienne, d'établir des horaires (du petit déjeuner, de la douche etc.) structurant la vie du patient dans ses dimensions psychiques, mentales, mais aussi somatiques. Ce rétablissement des habitudes et des rythmes de vie (toujours dans l'objectif de gagner de l'autonomie dans la vie quotidienne et d'améliorer les possibilités pour le patient d'être avec les autres, le vivre-ensemble⁹⁶) n'est souvent pas possible en hospitalisation temps plein aujourd'hui et signe une des spécificités du travail de la famille d'accueil car « *en famille, on fait tout ensemble* ». Il incombe donc à l'accueillant de mettre en place la coordination et la coopération dans le travail domestique en l'articulant à son travail salarié.

Ce « *travail familial* » passe donc par la coopération avec les autres membres de la famille (et donc le travail du conjoint et des enfants), une répartition des tâches pour chacun (y compris le patient) et l'établissement des compromis permettant de réguler la vie en commun. Leur travail tient donc une place centrale dans l'économie de la santé non seulement du patient mais également de leurs enfants et de leur conjoint. Elles ont la responsabilité de « *maintenir la vie* » dans la famille. Prendre en charge la santé du

⁹⁶ De ce point de vue, il semble que le travail fait en famille d'accueil soit bien d'un intérêt fondamental dans la perspective d'insertion professionnelle du patient si on considère la place centrale accordée pour la psychodynamique du travail au « vivre ensemble » dans le travail soutenant pour la santé mentale.

patient passe inévitablement par la préservation de la santé des membres de la famille d'accueil donc l'élaboration de stratégies défensives.

4. Souffrance et plaisir dans le travail d'A.F.T.

Pour tous, le travail est un puissant vecteur de santé mentale et de cohésion identitaire parce qu'il offre une voie de reprise des problématiques identitaires, d'épanouissement de soi à côté de la vie amoureuse. Nous travaillons tous avec ce que nous sommes et ce qui nous a construit. Dans, au et par le travail, nous remettons en jeu ce que nous sommes. C'est donc une entreprise aussi risquée que puissante pour la vie psychique et la santé mentale.

Pour les familles d'accueil, le plaisir est difficile à dire et à commenter. Il ne se confond pas avec la satisfaction de la tâche accomplie, même quand leur travail permet au patient de retrouver une vie sociale ordinaire. Il réside bien plus dans la « *transformation de soi* »⁹⁷ et de ses enfants apportée par ce travail, le gain subjectif et le « *sentiment d'être grandi* » par ces expériences de travail. Ce gain leur permet de tenir les contraintes répétitives dans le travail et se défendre de l'usure mentale qu'elle impose.

Les métiers dédiés au soin de l'autre (petite enfance, soin aux malades ou aux personnes âgées etc.) offrent l'occasion de concilier à un fort sentiment d'utilité sociale des aspirations plus personnelles permettant à beaucoup de « réparer »⁹⁸ une partie d'eux-mêmes. La réparation de soi (ou de l'autre en soi) par le choix d'une activité professionnelle n'est donc pas l'apanage des familles d'accueil mais c'est là un argument de choix quand il s'agit de donner un sens à un choix de vie qu'on ne comprend absolument pas. Il n'y a pas que les soignants de psychiatrie à l'hôpital qu'on suspecte d'être aussi fous que leur patient pour pouvoir les supporter... cela concerne manifestement tous ceux qui se préoccupent de près à la vie des personnes atteintes de maladies mentales. On ne peut être que fou ou pervers pour vouloir s'occuper de personnes comme ça... et a fortiori quand on le fait chez soi, dans sa propre intimité et en « *l'imposant à ses enfants qui n'ont rien demandé* » ! Ou alors avoir un « *sérieux problème à régler avec la folie* ». Alors qu'elles travaillent avec elles autour d'un patient, c'est bien aussi ce que disent les équipes hospitalières des familles d'accueil.

⁹⁷ Même si C. Dejours parle bien de « transformation » de soi, ici je fais bien référence aux propos des familles d'accueil.

⁹⁸ Le lecteur attentif de cette thèse saisira toutes les réserves que l'on peut formuler vis-à-vis d'une telle notion susceptible de mettre le thérapeute en posture de Moi auxiliaire, à vie indispensable...

Alors comment peut-on tenter de qualifier le plaisir au travail en A.F.T. ?

Tout d'abord la réparation, dans l'adulte confié, de l'enfant qui (tout au moins dans le fantasme de ces accueillants) n'a pas reçu des soins « suffisamment bons », pour paraphraser D. W. Winnicott, pour l'aider à se construire. Elles seraient une voie de réparation de cet enfant dont on ne s'est pas assez bien occupé ce qui nous dit deux choses : Tout d'abord que **la primauté exclusive donnée dans l'imaginaire social aux soins maternels dans la construction subjective de l'enfant fait totalement l'abstraction d'un quelconque rôle du travail de la mère, de celui des autres membres de la famille ou même d'une activité quelle qu'elle soit de l'enfant lui-même.** D'autre part, cela nous dit que ce fantasme de réparation de l'autre étaye la possibilité de s'identifier à une « *bonne mère* » et ainsi se valoriser. Le risque étant ici de renforcer l'idéologie d'une « *bonne famille* » réparatrice de la « *mauvaise* ». Elles éprouvent du plaisir dans les « *savoir faire discrets* » (P. Molinier, 2003) notamment anticipant et en conjurant sans cesse les risques de violence dans la famille. Mais aussi dans les « petits gestes attentionnés du quotidiens » favorisant l'attachement et la pérennité du placement, a fortiori en majorant les chances de réussite de la rencontre. Du coup en transmettant des valeurs à leurs propres enfants. Selon les accueillants familiaux, c'est chacun des membres du foyer qui se trouve « *grandi moralement* » par cette expérience de travail.

Mais il me semble qu'on ne peut pas ne pas entendre l'idée **d'une réparation de l'enfant qu'elles ont elles-mêmes été ; objet de ces soins porteurs d'un message toujours pour le moins « énigmatique »⁹⁹ et qu'elles se plaisent à répéter afin d'en tenter une « traduction ».**

Si c'est dans un processus de « réparation » que les familles d'accueil prennent du plaisir dans leur activité, elle est double.

Elles éprouvent du plaisir à voir cet adulte refaire des choses par lui-même et parfois prendre plaisir à le faire (s'occuper de son hygiène, de sa chambre, de ses traitements, d'un travail etc.). S'il y a du plaisir pris, c'est entre le prescrit et le réel car c'est là qu'est mobilisée l'intelligence du corps, l'imagination et la créativité. C'est là qu'elles peuvent créer un espace d'émancipation et de liberté pour un adulte dont elles sont responsables. Il y a bel et bien un plaisir à le « sortir de l'hôpital » et de faire en sorte qu'il n'y retourne pas... **Toutefois, ce**

⁹⁹ C'est bien à la théorie laplanchienne de l'Inconscient que je me réfère ici.

plaisir là se double vite d'une dimension plus ambivalente car si l'accueilli retrouve progressivement de l'autonomie dans le quotidien, c'est son départ qui se profile... Il y a à la fois du plaisir et de la souffrance dans la prise d'autonomie du patient et dans son départ. Quoi de plus déroutant que d'être félicité tout en perdant de l'argent et en voyant que celui dont on s'est occupé de manière si prenante pendant toutes ces années, part parfois sans même un mot... Ici, le bon travail et le gain subjectif ne s'accompagnent pas d'un gain mais d'une perte affective et pécuniaire.

Cette quête du plaisir au travail n'est pas dénuée de souffrances...

Le bouleversement de l'intimité et la souffrance affective. L'accueil d'un étranger chez soi bouleverse les habitudes de vie et perturbe inévitablement la spontanéité, la fluidité du vivre-ensemble rien que par le fait qu'il faut rendre visible, expliciter les règles de vie, partagées par tous mais non écrites. Cela entraîne des modifications dans la vie intime, jusque dans les relations intimes du couple. « *On a plus de retenue, on fait attention* ». Pourtant, la spontanéité de la vie quotidienne doit être maintenue au service du travail bien fait... c'est donc là également l'objet d'un travail. Non seulement il faut (re)définir les frontières de l'intime « *on ne se balade plus à poil maintenant* » mais il faut également préserver la spontanéité d'une vie ordinaire « normale » à laquelle le patient doit faire le travail de s'adapter. Pour faire bien son travail de famille d'accueil, il faut que la vie ordinaire se passe bien. Elles sont donc en charge de préserver l'équilibre de la famille. Préserver la vie de la famille et donc l'intimité dans le couple devient alors une des conditions de la créativité de ce travail d'A.F.T. « *Quand le patient n'est pas là, hop on y va* ». S'il est évident que l'accueil d'un patient de psychiatrie bouleverse l'équilibre, la sérénité invisible et familière du foyer, la réciproque est vraie également.

La spontanéité (mais à quel point ne fait-elle pas l'objet d'un travail elle-même ??) vient nourrir la créativité et le travail bien fait. Il devient bien difficile de démêler ce qui ressort du domaine privé et du domaine professionnel... C'est déjà vrai pour les assistantes maternelles mais la difficulté se pose avec encore plus d'acuité pour les familles d'accueil dont les accueillis ne rentrent pas chez eux le soir venu...

Comme tout travail, l'A.F.T confronte à l'échec, la décompensation (et/ou la séparation donc) et même la mort mais en plus il expose à la souffrance affective générée par la perte de celui qui a été « comme » un membre de la famille. Toutes les familles d'accueil sans exception

considèrent l'affection qu'elles portent au patient et l'attachement comme faisant partie de leur travail. D'une part parce qu'on leur demande de faire preuve de « *chaleur humaine* » mais aussi parce que sans cette implication affective, l'accueil au long court n'est pas possible. « *On s'attache, c'est obligé* ». L'implication affective est nécessaire pour travailler. Pour autant, cela ne va pas sans risques car de ce fait, elles sont confrontées inévitablement à la souffrance affective. L'A.F.T n'est pas destiné à durer dans le temps. Sans durée préétablie, il a pour vocation de déboucher sur un autre projet. Il est toujours orienté vers une fin. Cet affect ne peut pas être laissé à l'état brut mais fait l'objet d'un travail. Construit par le temps et le côtoiement quotidien au sein de l'intime du foyer, il n'est pas instinctif, mais bien le fruit d'un travail psychique et peut disparaître. Il ne s'agit que de « faire comme si » le patient faisait partie de la famille et non l'adopter.

Les familles d'accueil ont en charge les patients jours (si le patient n'est pas pris en charge en C.A.T.T.P, H.D.J, E.S.A.T ou travail en milieu ordinaire) et nuits. Ils vivent avec elles, y compris les week-ends. Elles n'ont que cinq semaines de congés par an (c'est-à-dire de vie sans le patient) que l'U.T.A.F.A tient à ce qu'elles prennent (comme nous l'avons dit, elles ne sont pas rémunérées en cas d'absence du patient donc certaines ne veulent pas prendre ces congés annuels). A charge de l'U.T.A.F.A de prendre le relai pour trouver des solutions d'hébergement transitoire pour ces patients.

Il est souvent difficile pour elles de trouver du temps pour « *souffler* ». Elles ne peuvent pas s'appuyer sur un temps hors travail pour tenir. Elles doivent donc composer et organiser un emploi du temps dans lequel elles se trouvent des plages d'absence du patient. L'U.T.A.F.A les y encourage en trouvant des solutions de prise en charge des patients les plus désœuvrés sur ces moments-là (par exemple en organisant des journées complètes de prise en charge des patients sur les H.D.Js ou les C.A.T.T.P). Mais il serait naïf de croire que quand le patient n'est pas avec elle, elles arrêtent de travailler car une grande partie de leur travail qui consistent en l'organisation et la gestion du quotidien, continuent, voir se fait surtout quand le patient n'est pas avec elles¹⁰⁰. Il est illusoire également de croire qu'elles peuvent cesser d'être préoccupées par le patient. Et comment considérer que les courses par exemple qui peuvent se faire en l'absence du patient ou même le ménage de la maison ne participent pas au travail ? « *C'est important de garder des créneaux personnels* », « *J'en profite le temps de*

¹⁰⁰ Ce que pourtant ont retenu d'autres organisations hospitalières en ne payant les accueillants qu'au temps de « présence réelle » du patient alors que l'hôpital où se trouve l'U.T.A.F.A. les rémunère « au forfait journalier » ou plutôt « à la nuitée ». Que le patient soit présent ou non au domicile en journée n'influe pas sur leur rémunération.

sa sieste ou le temps où il est occupé ». Le temps de travail salarié et le temps de travail domestique se confondent et pour tenir, elles adoptent des stratégies de « *compartimentation* », de « *segmentation* », de « *morcellement* » des activités, du temps et de l'espace garantissant une séparation essentielle entre le privé et le professionnel, indispensable à la santé mentale. Ainsi les tâches d'organisation du quotidien, de gestion des plannings, activité très bien décrite par les théories du Care (A. Damamme et P. Paperman, 2009) comme chronophage qui dans le même temps participe à leur surcharge, participent pourtant des stratégies défensives face à la souffrance générée par l'organisation de ce travail d'A.F.T.

L'usure mentale, la répétition et l'impuissance. A de nombreuses reprises dans les entretiens, il est question de l'usure et de la répétition omniprésentes dans le quotidien. C'est même la plainte principale des familles d'accueil. Le quotidien, fait d'automatismes et d'habitudes devient répétitif entraînant charge psychique et usure mentale. La contrainte de répéter sans cesse les mêmes consignes, les mêmes règles de vie etc., c'est ce à quoi les familles d'accueil thérapeutique ont affaire, ce qui fait obstacle et qui peut les mettre en échec.

Cette nécessité de répéter se double de l'imprévisibilité du comportement et du mode de compréhension du patient des consignes transmises. Cet étranger accueilli au domicile l'est doublement : d'un autre milieu, il a aussi un mode de fonctionnement et d'être dans le monde différent de celui partagé par la plupart d'entre nous. Il ne s'agit pas de répéter pour quelqu'un qui « *ne pense pas à faire les choses* » ou qui « *oublie* ». Cet « *oubli bizarre* » ne résulterait pas de troubles la mémoire, elles s'en rendent bien compte avant de le verbaliser, mais bien d'un mode de fonctionnement psychique étrange et différent. Il est aussi énigmatique qu'omniprésent dans les difficultés dont nous font part les familles d'accueil. Ce n'est pas seulement un oubli de consigne ou d'un rendez-vous mais un oubli de choses naturelles, automatiques décrites comme des habitudes de vie... en somme des « *oublis qui ne sont pas normaux* » : fermer la porte d'entrée derrière soir en rentrant, oublier de changer de sous-vêtements, oublier d'allumer la lumière la nuit pour aller aux toilettes, oublier de se lever le matin... il s'agit donc de se confronter à la bizarrerie du contact et des comportements sans laisser cela déstabiliser la famille et les membres qui la composent. Tolérer une part de bizarrerie mais lutter contre celle qui peut gêner ou empêcher le vivre-ensemble.

C'est à la fois faire le constat que « *rien ne bouge* », que c'est toujours pareil malgré les efforts et donc d'être contraintes à « *répéter toujours la même chose* » alors que ce qui est

demandé ne semble pas compliqué, voir naturel (fermer le robinet de la salle de bain, éteindre les lumières, nettoyer après soi quand on est allé aux toilettes...). C'est donc faire le constat de l'échec de ces répétitions, de ne rien pouvoir faire pour « *faire avancer le patient* ». C'est également faire l'épreuve de ne rien pouvoir « *maîtriser ce qui se passe sous son propre toit* » et faire le constat de l'imprévisibilité irréductible des patients accueillis au sein du foyer.

Comme nous l'avons déjà souligné en partie, les contraintes imposées à la vie psychique par la tâche répétitive peuvent se trouver subvertie par la possibilité des familles d'accueil de la penser. Si elles peuvent par moments, arrêter de répéter sans que leur soit reproché le fait que le patient ne reproduise pas ce qui est attendu de lui, alors la souffrance se trouve subvertie en faisant de la répétition une routine structurante et rassurante, intégrée au travail visant l'autonomisation. Ces « arrêts » ou ces « pauses » dans la répétition peuvent prendre la valeur de leviers thérapeutiques si les familles d'accueil ont la liberté d'y recourir. Ces temps sont alors des manifestations de l'émergence de l'inventivité et de la créativité dans le travail d'A.F.T. Ils deviennent protecteurs de la santé mentale du soignant (une voie émancipatrice notamment face à la domination véhiculée dans les rapports sociaux entretenus avec les infirmières), thérapeutiques pour le patient (une voie émancipatrice de la psychose). **La routine devient alors, dans ces conditions d'organisation, un élément majeur dans le travail thérapeutique.** Dans ces cas là, on ne constate pas d'immobilisation de la pensée mise en évidence par la psychopathologie du travail chez les travailleurs soumis à des contraintes répétitives. L'organisation du travail des familles d'accueil ne les soumet pas à des contraintes de temps ce qui peut en partie expliquer la raison pour laquelle nous ne constatons pas les signes de souffrance au travail auxquels on aurait pu s'attendre à partir des résultats en clinique du travail des infirmières, qui sont, elles au contraire, soumises aux contraintes de temps.

L'imprévisibilité et la bizarrerie du patient (pour peu qu'elles soient senties et reconnues) barrent la route à la monotonie en se constituant comme énigme à traduire, source et objet de la pensée.

Persistent tout de même plusieurs risques importants si l'organisation du travail ne permet par la sollicitation de l'inventivité, la maîtrise du travail et l'autonomie par les familles d'accueil : surcharge mentale mais aussi standardisation et violence (voir le paragraphe sur l'échec de la coopération).

Violence et domination : Pour Pascale Molinier (2003), toute description du travail féminin passe par la description du travail accompli pour conjurer la violence de l'autre et la violence de soi sur l'autre. Selon P. Molinier toujours (2009), le « normal », le « permis », l'« acceptable » ne sont pas identiques pour les deux sexes. La clinique du travail ne peut ignorer la violence des femmes mais le clinicien doit faire attention à cette violence-là tout particulièrement parce qu'elle signe l'échec du travail féminin consistant non pas à affronter mais désamorcer la violence. Le drame, c'est que quand les femmes travaillent bien, leur travail est invisible et doit rester dans l'invisibilité ce qui enraye la dynamique de la reconnaissance classique. Cette domestication de la violence, ce désamorçage dépend selon elle de la construction d'une « communauté de sensibilité » et de la « mise en récit » du travail. La clinique du travail des familles d'accueil a montré que cette mise en récit repose sur des caractéristiques particulières. Cette mise en récit, s'illustre par une scotomisation partielle du réel (« *tout va bien* ») d'une part et une mystification du réel¹⁰¹ d'autre part. Elle répondrait aux critères stylistiques du conte dans lequel chacun ferait « comme si » l'irréversible de la maladie et du handicap étaient surmontables. Les caractéristiques de ce récit ont une valeur défensive pour les familles d'accueil notamment face à la peur de la violence mais aussi face à la domination sociale et symbolique qu'elles ont à affronter. Pour que ces stratégies défensives soient efficaces, il faut néanmoins qu'elles soient, si ce n'est acceptées, du moins tolérées par les hospitaliers.

Quand tous les écarts avec la prescription sont traqués, dénoncés comme des fautes, que les stratégies de défense sont mises en faillite, la souffrance ne peut plus être subvertie ouvrant la voie aux destins pathogènes de cette dernière. Pathologies de surcharge et TMS¹⁰², somatisations, épuisement professionnel, dépression et décompensations psychopathologiques, troubles cognitifs, maladies chroniques sont les formes que j'ai observées ou dont j'ai eu connaissance.

« La somatisation est le processus par lequel un conflit qui ne peut trouver d'issue mentale déclenche dans le corps des désordres endocrino-métaboliques, point de départ d'une maladie somatique. » (C. Dejours, 1989).

¹⁰¹ Ce qui entretient des liens étroits avec la question du mensonge et du travestissement de la réalité.

¹⁰² Troubles Musculo-Squelettiques

Mais la somatisation n'est pas la seule issue. Quand la reconnaissance n'est pas accordée, la relation au patient est surinvestie pour obtenir de la gratitude. Le patient est alors instrumentalisé et n'est plus considéré comme sujet. Il doit renvoyer à la famille d'accueil une bonne image d'elle-même. Il se doit d'être gratifiant et pour être gratifié, il peut par exemple adopter des attitudes de soumission, de régression etc. Si le patient ne vient plus remplir le désir de la famille d'accueil, il est alors désinvesti, vécu comme celui qui « pompe », « vide », ou encore persécute, « aspire »... c'est alors la porte ouverte au désinvestissement et à la rechute psychotique. S'il ne peut pas régresser ni rechuter ni se soumettre au groupe familial, c'est le rejet ou la violence. (Voir plus loin, l'échec de la coopération verticale dans la partie consacrée aux voies de la coopération)

Quand le travail n'est plus satisfaisant, il s'accompagne alors fréquemment d'une course aux apprentissages théoriques ou encore d'une multiplication des demandes d'accueil. Mais l'un comme l'autre n'aboutissent en fait qu'à renforcer l'instrumentalisation du patient, la desubjectivation et la deshumanisation. Les apprentissages théoriques ou la surcharge de travail, en empêchant le travail affectif d'être fait, nuisent à la conjuration de violence.

« C'est l'impossibilité de répondre à la dépendance autrement qu'au niveau des besoins qui déclencherait la violence chez les personnes dépendantes comme chez ceux qui soignent. Lorsque l'instrumentalisation du corps l'emporte, le processus de desubjectivation s'opère des deux côtés » (P. Molinier, 2003, op. cit, p 178)¹⁰³.

La mise au travail du patient et le recours à « l'occupation », à l'activité peuvent alors revêtir tout à fait un autre sens, ne plus être au service du soin et de l'autonomie mais au service d'un renforcement de l'aliénation. « Occuper le patient » permet alors de se défendre des effets de la psychose au quotidien et de la confrontation au vide qu'elle impose. Le recours à l'activité devient alors défensif face à la psychose et face au manque de reconnaissance de la part de l'organisation du travail. De manière plus ou moins implicite est donnée en prescription de travail aux familles d'accueil de « faire progresser le patient » qui leur est confié. D'abord en

¹⁰³ *La compassion*, centrale dans le travail de soin, représente pour Pascale Molinier la souffrance générée par le travail de soin lui-même. Elle n'est pas issue de l'infantile sans la médiation du travail et n'est pas non plus une vertu naturelle chez les femmes. Quand son destin pathogène est conjuré par le collectif infirmier, qui est un collectif de métier, elle devient créatrice de sens et accomplissement de soi. Sinon, elle ouvre la voie à la « surcharge » et aux autres destins psychopathologiques de la souffrance.

partageant des activités avec eux puis en les amenant à les pratiquer seuls¹⁰⁴. L'activité du patient devient un marqueur visible de leur travail. Leur activité devient le signe visible de la réalité de leur travail. Et « occuper le patient » devient alors une nécessité car cela leur permet de montrer qu'elles font bien quelque chose...

C'est donc de l'aliénation à leur patient (lui-même aliéné par sa maladie) et/ou de la domination dont elles font l'objet que les familles d'accueil se défendent.

Les modèles scientifiques dominants, en méconnaissant l'expérience corporelle et affective à l'œuvre dans la constitution des savoirs, valident les logiques de domination dans le travail féminin tout en présidant à l'organisation du travail (donc la mise en place pratique de la domination symbolique). Dans cette entreprise, l'action des infirmières n'est pas neutre car elles sont actives dans la chaîne de la domination symbolique. Celle-ci ne peut pas s'entendre que du côté viril. Le travail féminin entretiendrait des liens plus ambigus avec la domination que ce qu'a pu décrire la littérature classique.

Ce faisant, à travers la confrontation à la domination véhiculée par les rapports sociaux au travail, c'est la domination « domestique » qui se trouve modulée. Se défendant, se positionnant face à la domination sociale que le travail hospitalier dans lequel elles sont inscrites véhicule, elles sont amenées à faire bouger les lignes de la domination inscrites et structurant la famille. Le discours des familles d'accueil ne laisse pas apparaître une d'adhésion simple au statut de « dominées dans l'espace domestique, à l'homme, au chef de famille » mais une utilisation de l'espace domestique et des rapports de domination véhiculés par la division du travail domestique pour leur propre subversion. Ce travail salarié se fait dans et par le travail domestique et familial. Selon moi, il peut représenter une voie de subversion des rapports de domination au sein des familles elles-mêmes. Car ces femmes ne sont pas repliées dans leur espace privé par les spécificités de ce travail mais reprennent pour bon nombre d'entre elles, à l'occasion de la reprise du travail, des activités sociales, sportives ou autres pour leur propre plaisir. Quand les conditions sociales et organisationnelles sont réunies (qualité du travail de l'équipe dédiée elle-même adossé à la qualité du travail hospitalier dans laquelle elle prend place), ce travail d'A.F.T peut représenter une voie originale et créatrice d'épanouissement subjectif et culturel, transmise entre générations et

¹⁰⁴ Il me semble néanmoins que l'activité du patient ne vient rien signifier d'autre que l'activité. Elle n'est pas synonyme de disparition de l'apragmatisme et encore moins du plaisir pris à l'activité. Les patients peuvent faire des choses de manière mécanique et désincarnée presque, uniquement parce que les personnes investies d'une forme d'autorité par eux le leur ont demandé...

infiltrant le tissu social local. On va donc plus loin qu'un simple consentement à reproduire le « rapport asymétrique » dans la répartition du travail domestique (H. Hirata, 2002). Ce rapport asymétrique est certes consenti mais en vue de la subversion partielle des rapports de domination eux-mêmes.

La solitude. Le plus frappant dans le travail de famille d'accueil, c'est le manque de prescriptions claires qui l'encadre et l'organise. **Ce déficit du prescrit entraîne des difficultés d'élaboration de règles de travail permettant d'évaluer la qualité du travail.** Elles ne peuvent pas être rassurées par un collectif « professionnel » quant aux initiatives et aux risques qu'elles prennent. Les stratégies défensives restent pour une large part individuelles et les stratégies collectives s'étayent sur un collectif différent de celui décrit dans la littérature classique. Le travail bien fait est toujours singulier, indexé au « profil d'accueil » proposé par la famille et à un patient bien particulier. Il est difficile d'établir des règles permettant de définir le travail bien fait ou l'erreur. **Ce manque de balisage entraîne incertitudes et déficit de sentiment de reconnaissance. Difficile de savoir ce qui est bien ou ce qui ne l'est pas, difficile d'entendre autre chose de la part de l'équipe soignante que des reproches car justement... répondant aux critères du travail féminin, quand il réussit, ce travail ne se voit pas (et ne doit pas se voir).** Au carrefour du travail infirmier délégué, du travail s'assistante maternelle, d'éducateur et du travail domestique, ce travail est invisible et invisibilisé, il est « *tellement transparent (...) que c'est difficile pour le patient de le voir* ». Les familles d'accueil elles-mêmes le rendent invisible à la fois aux yeux du patient mais aussi aux yeux des membres de la famille et de l'U.T.A.F.A.

Alors elles disent que « *tout va bien* ». Stratégie défensive destinée non seulement à occulter la psychose dans le quotidien mais leur permettant également de se dégager de l'intrusion dans leur intimité. Ce n'est que par la mise en récit du quotidien fait avec d'autres (les entretiens avec la psychologue et les groupes) que le travail de ces familles d'accueil, dans toute sa densité, se laisse saisir. Leur travail consiste à faire en sorte que le placement soit pérenne et que le patient aille mieux (les deux dimensions étant mises largement en équivalence). Spontanément, le travail bien fait, c'est celui dans lequel « *tout va bien* » c'est-à-dire celui qui repose sur l'absence (ou plutôt l'occultation, la scotomisation partielle du réel, des symptômes de la psychose) des difficultés quotidiennes rencontrées avec le patient. Quand ce travail réussit, il est invisible pour celui qui ne cherche pas à le comprendre, laissant une impression de « *miraculeux* » et qui suscite parfois incompréhension et souffrance chez

des soignants hospitaliers qui ont le sentiment d'échouer précisément là où ces femmes sans formation spécifique semblent avoir des résultats positifs. L'invisibilité (et l'invisibilisation de leur travail par les familles d'accueil elles-mêmes pour tenir l'exigence du travail bien fait) représente le creuset de la souffrance de ceux qui l'exercent et de ceux qui l'organisent.

En dehors des critères de taille de la chambre (plus de 9 m² avec une fenêtre et une porte), c'est également la tenue générale de la maison qui est prise en considération dans l'évaluation du travail. Les familles d'accueil doivent savoir tenir leur maison et proposer un cadre de vie agréable au patient. De ce point de vue, leur travail est pour partie un travail hôtelier : l'hôpital loue la chambre pour le patient et d'ailleurs cette location reste la part incompressible de leur rémunération. Leur travail revêt donc les mêmes caractéristiques d'invisibilité et de discrétion que celui des femmes de ménage : un cadre de vie agréable n'est pas un cadre de vie impeccable mais un cadre de vie vivant... propre (mais ne donnant pas l'impression d'une aseptisation). Un désordre savamment orchestré, propre mais pas trop en somme... Pour correspondre à un travail bien fait, ce travail domestique doit être invisibilisé par ceux-là même qui le font au risque sinon de devenir froid et aseptisé. Après le placement, elles restent responsables de la tenue de la maison mais concernant les parties de la maison dévolues au patient, elles ne doivent pas le faire elles-mêmes (sauf si le patient se montre dans l'incapacité ou l'impossibilité de le faire), elles doivent amener le patient le faire. Elles sont donc amenées à superviser ce travail domestique exécuté par le patient et sont responsables de la qualité de ce travail évalué par les infirmières lors des V.A.D.

Il s'agit de « *tenir sa juste place* » (et pour cela il faut arriver à l'identifier) et la tenir bien mais on ne vous la définit pas parce qu'elle se refuse à la standardisation. Dans un tel contexte, l'erreur est difficile à définir et se confond parfois avec la prise de risques qui va de paire avec la spontanéité de la vie quotidienne ordinaire. **C'est donc un travail nécessitant un engagement complet de la subjectivité et une remise en question constante des acquis, des décisions et des perspectives. La singularité est une norme, une exigence du travail bien fait mais qui ne donne aucun indicateur en vue d'une éventuelle reproductibilité. La charge mentale est donc très importante, la reconnaissance difficilement au rendez-vous.**

Les activités quotidiennes et domestiques sont le médium par lequel ces familles d'accueil travaillent et ce n'est pas neutre car leur répartition peut être un des véhicules privilégiés de la

domination sociale. C'est sans doute aussi pour cette raison que le travail de ces familles d'accueil bénéficie d'une si mauvaise réputation.

La solitude liée au travail à domicile se double enfin d'une marginalisation sociale parfois importante doublée d'une condamnation morale qui peut même venir de leurs amis proches ou de leur propre famille. « *On ne souhaite pas que vous veniez avec G. On vous invite mais pas G. On ne préfère pas qu'il vienne chez nous.* ». Les regards sur ce travail sont toujours des plus suspicieux : « *Il faut être soi-moi fou pour accueillir dans le sein de sa propre intimité familiale une personne psychotique qui ne soit pas de sa propre famille* »... ou bien cela dissimule « *l'exploitation de ces personnes vulnérables* ». En bref, on texte souvent les familles d'accueil d'avoir bien peu de morale pour faire ce travail !

Ainsi, on peut estimer qu' « *elles ne travaillent pas puisqu'elles restent chez elle avec le patient* » ou encore qu'elles sont « *aidées dans le travail domestique puisqu'elles accueillent chez elles* », celui qui est bien volontiers imaginé comme un « *domestique gratuit* » ... traîne l'idée exprimée plus ou moins ouvertement qu'elles ont trouvé une « *bonne planque* » (être payée environ 2000€ par mois pour rester chez elles) et celle qu'elles « *gagnent leur vie en exploitant le malheur des autres* », des personnes handicapées. C'est donc de manière défensive qu'elles affirment avec force ne rien demander de plus au patient que de s'occuper de la tenue de sa chambre (alors même que la question de la participation à la tenue des parties communes n'est jamais évoquée avec l'U.T.A.F.A !), qu'elles ont du mal à parler des tâches domestiques demandées au patient ou même qu'elles insistent pour que le patient soit « occupé ». En même temps, il est difficile pour elles de savoir dans le domaine des tâches domestiques quand commence la stimulation et où débute la sur-stimulation. Déjà dans le domaine des loisirs, la frontière est tenue mais dans le domaine domestique, c'est encore plus vrai. L'évaluation de leur travail est indexée sur la stabilité du patient mais aussi sur la tenue du foyer à laquelle doit contribuer le patient. **Elles sont donc évaluées sur leur manière de faire travailler le patient confié, dans la sphère domestique. L'accueil familial thérapeutique n'est pas une assistance dans l'hébergement : il s'agit d'accompagner une conquête d'autonomie dans le quotidien tout en prenant en considération les difficultés d'un sujet confié. Il leur faut donc remettre le patient au travail mais aussi se défendre de la condamnation morale portée par la communauté à l'égard de ce qu'elles font ; activité pour laquelle la société pourtant les rémunère. Elles doivent traiter, chacune à leur manière, les hiatus entre efficacité et valeurs morales.**

C'est à cette marginalisation et cette invisibilisation sociale que ces familles d'accueil doivent faire face et qu'elles doivent surmonter pour faire du bon boulot. Car un bon accueil thérapeutique va dans le sens d'une insertion sociale du patient confié dans le quartier et l'univers social de la famille d'accueil. Un bon accueil familial thérapeutique repose donc sur l'entretien de relations sociales par la famille d'accueil, il nécessite une lutte contre la marginalisation. Les familles d'accueil ont à tenir ensemble la lutte pour l'insertion sociale de leur patient et leur lutte contre leur propre marginalisation.

Le mépris et le déficit de reconnaissance. Ce choix de travailler comme famille d'accueil pour des patients de psychiatrie, elles le revendiquent mais disent également que souvent, il n'est pas compris par leur entourage voir par les soignants eux-mêmes. Certaines se sont déjà entendues dire par ces derniers « *je gagnerai des millions, je ne le ferai pas.* ». Attribué à un manque de connaissance de la réalité de ce travail et de son épaisseur, cette « *incompréhension* » recouvre, selon moi, un certain mépris pour les tâches peu valorisantes que sont les activités quotidiennes qui se rapprochent parfois du « *sale boulot* » tout ce qui a trait avec l'hygiène des patients et l'endurance qu'il faut avoir pour faire face à l'incurie mais plus généralement au corps du patient dans toutes ses dimensions sensibles (la vue de ce corps mais aussi son odeur, etc). Ce mépris est même parfois encore redoublé par celui des patients eux-mêmes : « *vous êtes payée pour ça* », « *ma mère, elle fait tout ce que vous faites et elle n'est pas payée elle* », « *c'est votre boulot* ». Elles ressentent ce refus de reconnaissance pour tout ce qu'elles font comme méprisant car dans ce travail, « *on donne beaucoup* », « *on essaye d'être parfaite* » pour que « *que le patient [certaines ont même employé le terme de client] n'ait pas à se plaindre* ». Méprisant parce qu'on les renvoie à une figure de « *servantes* » ou de « *dame de compagnie* ». « *Je suis payée pour m'occuper du patient mais pas pour ÇA* ». Elles sont payées pour dispenser un service dont les demandeurs comme les bénéficiaires ne reconnaissent ni l'importance ni la valeur et doivent faire face aux jugements moraux formulés par la société à leur égard alors même qu'elles ont accepté de prendre soin des plus vulnérables de ses membres. Elles souffrent donc d'une injustice morale chronique, voire d'insultes à demi-voilées...

Si elle le revendique comme un « *choix* », elles ne sont pour autant pas dans le déni de la peur, contrairement à ce que l'imaginaire social tend à véhiculer.

La peur recouvre plusieurs aspects.

La peur pour soi-même et pour les proches est connue, reconnue et fait l'objet d'un travail avant même l'arrivée du patient au sein du foyer. Lors des entretiens préliminaires à l'essai d'accueil d'un patient, il est demandé aux familles d'accueil de parler du patient chez elles et avec les membres de l'U.T.A.F.A.

Le travail d'élaboration du ressenti au contact du patient se poursuit lors des entretiens bi-mensuels avec la psychologue car il n'est qu'une partie du travail mis en œuvre par les familles d'accueil pour traiter cette peur. Le partage du quotidien, le vivre-à-côté et le vivre ensemble, expérimentation de ce travail d'accueil joue un rôle majeur dans ce travail.

« La vigilance, à connaître le patient, on l'a de moins en moins mais au début, on est obligés de l'avoir. On a besoin de connaître ses habitudes pour être rassuré. Mais on ne peut jamais quitter cette vigilance car c'est un malade et c'est une maladie qui ne se guérit pas ».

Le constat du handicap quotidien et permanent qui touche ces patients semble neutraliser la peur du danger potentiel d'accueillir cette personne chez soi. Sans ce **travail à la fois intrapsychique et collectif de neutralisation de la peur**, les familles d'accueil ne pourraient pas travailler. Vigilantes en permanence, elles ne peuvent pas sans cesse se dire que celui qu'elles ont décidées d'accueillir dans leur foyer représente un danger pour elle, leur famille, leurs enfants au risque sinon de ne pas pouvoir l'accueillir. La peur viendrait alors empêcher l'authenticité des rapports humains et donc la qualité de l'accueil. Elle empêcherait de travailler. Pourtant, du fait de la maladie qui ne se guérit pas, la peur peut revenir, souvent liée à la réapparition de troubles chez le patient. **La peur doit donc être constamment maintenue réprimée.** Si cette peur revient, le placement doit prendre fin et à charge de l'équipe de l'U.T.A.F.A d'estimer si un autre placement peut être proposé ou non.

Me L. est une jeune femme d'un peu plus de 30 ans quand elle devient famille d'accueil. Elle vit en concubinage et a deux filles, l'une scolarisée en primaire, l'autre adolescente. La famille est d'origine antillaise. Mr est fréquemment en déplacement, il est chauffeur-livreur. Aux Antilles, Mme L. avait déjà eu l'expérience de s'occuper de personnes dépendantes. Depuis son arrivée en métropole, elle ne travaille pas ou peu. Au moment où nous lui proposons d'accueillir Ernest, elle accueille déjà Mohamed.

Mohamed est un jeune patient d'environ 25 ans. Il a décompensé une psychose alors qu'il s'apprêtait à passer son diplôme et à *entrer en vie active*. Il présente une psychose dissociative et des symptômes hallucinatoires dont il parle peu et qui ne constitue pas l'avant du tableau clinique. Sa psychose se caractérise par des symptômes dits « négatifs » (aboulie,

apragmatisme, incurie). Mohamed est dans le jargon, un patient « lourd ». Il est jeune mais atteint d'une psychose qui semble déjà bien enkystée. Peu d'éléments mobiles, peu d'hallucinations, peu de discours délirant... peu de discours tout court d'ailleurs ! Mme L. accepte pourtant de l'accueillir. Mohamed donne déjà beaucoup de travail à Mme L. mais quand nous lui présentons Ernest, un rythme de croisière s'était fait jour et le patient avançait, s'ouvrait au monde.

Ernest est un patient d'environ 45 ans, divorcé et père de deux filles. L'une scolarisée au collège, l'autre au lycée. Il a toujours son appartement dans lequel il retourne les week-ends pour y recevoir ses filles. C'est le deuxième passage d'Ernest en A.F.T. Il a décompensé aux alentours des trente ans une psychose marquée essentiellement par des troubles de l'humeur. Il alternait des phases d'agitation psychomotrice avec élation de l'humeur et des phases de repli quasi catatonique. Dans un premier temps, le diagnostic de psychose maniaco-dépressive avait été formulé mais aux vues de l'évolution des symptômes, celle-ci fut requalifiée de « psychose schizophrénique atypique d'évolution déficitaire avec des éléments disthymiques ». Ernest se chronicise et sont apparus des troubles cognitifs, un apragmatisme et une diminution notable de l'élan vital. C'est en raison de l'apparition plus tardive de ces troubles que le second accueil est proposé. Le premier accueil avait été défini avec une date de fin. Il avait pour but de relancer une dynamique de vie et une stabilisation du patient avant la réintégration de son appartement. D'une manière générale, l'A.F.T. a permis à Ernest de reprendre le dialogue alors rompu avec son ex-femme et ses filles¹⁰⁵. A l'issue du premier temps d'A.F.A.T., il accueille à nouveau ses filles chez lui le week-end, seul et cela se passe bien. Mais au bout de quelques mois, Ernest ne va plus au travail, ne se lave plus, ne se lève plus, ne mange plus, n'entretient plus son logement et arrête les traitements. Son médecin psychiatre avait alors demandé une V.A.D. et l'avait hospitalisé. Il mit plusieurs mois à s'en remettre. Me L. nous ayant démontré qu'elle « savait y faire » avec les patients apragmatiques lourds et difficilement mobilisables, nous lui présentons Ernest.

Les débuts se passent très bien. Ernest dit profiter de l' « ambiance familiale » qu'il connaît et qui lui manque. Pourtant, il reste souvent à l'écart du groupe même s'il respecte toutes les consignes. Au bout de quelques mois, il dit vouloir repartir chez lui. Son médecin psychiatre s'y oppose catégoriquement et Ernest dit ne pas parvenir à lui parler. Il commence alors à ne plus respecter les consignes. Il ramène des toxiques au domicile de Me L, ce qu'il sait être un

¹⁰⁵ Lors d'une phase maniaque, il leur avait fait très peur et depuis le contact avait été rompu.

motif d'arrêt de prise en charge en famille d'accueil. Il rentre de plus en plus tard après les permissions du week-end¹⁰⁶, ne sort plus de sa chambre sauf pour manger. Maintenu quand même en A.F.T., Ernest recommence à boire. Un jour, rentré en état d'ébriété, il a élevé la voix. Mais Mme L. ne nous en a rien dit. Il a fallu attendre un second événement et qu'il soit arrêté par la police, titubant sur les quais du RER puis placé en garde à vue en possession de toxiques pour que l'information nous parvienne. Il fait peur à Mohamed et a fait peur à la plus jeune des filles de Mme L. Depuis ce jour, Mme L. ne peut plus être tranquille ni quand le patient est chez elle, ni quand il est sorti. Nous mettons fin à l'A.F.T., contre l'avis du médecin psychiatre référent du patient.

Pour que l'accueil soit bon, il est nécessaire que les familles d'accueil n'ait pas eu à faire face à une situation les mettant elles-mêmes ou leurs proches en danger. Il me semble que c'est une des différences avec le travail qui s'effectuent dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie. Tous ceux qui travaillent en psychiatrie reconnaissent et parlent de la peur qu'ils ont ressentie. Le travail de soin en psychiatrie s'accompagne d'un travail sur les ressources permettant de faire face à cette peur. Il s'agit de connaître les limites (des autres, de l'institution et les siennes) pour ne pas se mettre en danger ou mettre en danger les autres. Éprouver la peur et la travailler fait sans doute partie des réquisits pour faire du bon travail en psychiatrie alors qu'en famille d'accueil, éprouver la peur face à un patient empêche le travail.

Cette peur pour les autres en raison du danger que peut représenter l'accueil d'un étranger (qui plus est atteint de troubles mentaux) sous son toit (y compris la nuit !) se double d'une peur pour soi, une peur de soi-même tomber malade car « *ça peut arriver à tout le monde* ». Le danger n'est là pas extérieur mais en soi. Cette peur-là est également ce qui permet de prendre soin de cet autre, pas si différent de soi finalement... Elle s'accompagne alors d'une *peur pour* le patient nécessitant une préoccupation pour cet autre quasi-constante : « *la nuit, on retourne comme si on avait un bébé qui veut téter* ».

La peur du danger n'est donc pas la seule à laquelle la psychose confronte les familles d'accueil. Imprévisibles et inconstants dans leur rémission, les patients restent fragiles même après de longues périodes de stabilisation. Ils peuvent rechuter... même en prenant leurs traitements. La peur pour les patients, c'est aussi la peur de la rechute et la peur du

¹⁰⁶ C'est-à-dire les sorties dépassant les 24h mais étant de moins de 48h

lendemain... leur salaire étant indexé aux nuitées que le patient passe au domicile. Il faut éviter les rechutes et prendre soin de ces patients car ils sont un peu comme elles, et un peu comme des enfants mais aussi parce que la rechute entraîne une hospitalisation et donc une chute de salaire qui précarise la survie économique de la famille.

La précarité et l'insécurité font inévitablement partie des motifs de souffrance au travail de ces familles d'accueil qui ont cinq semaines de congés par an mais non mensualisés... elles voient leur salaire mensuel largement entamé lorsqu'elles prennent des congés... ce qui évidemment ne les incite pas à en prendre. Cette absence de mensualisation contribue à l'usure mentale et à la charge que représente leur travail donc à la souffrance au travail. Cette variabilité dans la rémunération mensuelle s'aggrave lorsque le patient est absent du domicile pour des périodes importantes ou des week-ends rendant ces familles d'accueil inévitablement ambivalentes quant à ces permissions de week-ends qui devraient normalement être perçues comme des signes de meilleure santé et d'une meilleure insertion sociale du patient. Enfin cette précarité qui génère de l'insécurité repose également sur une précarité dans leur statut. Elles ne sont que depuis peu reconnues comme « accueillants familiaux » (auparavant figurait « assistante maternelle » sur les fiches de paye... en l'absence d'un statut défini dans les nomenclatures de la fonction publique) mais en raison de ces flottements, elles ne sont jamais titulaires... et elles ne sont même plus en CDI (pour éviter les litiges lors de procédures de licenciements) mais maintenues en CDD assortis d'une évaluation qui doit être faite par le médecin de l'U.T.A.F.A. Non reconnus ni même « répertoriés », le statut et le travail de ces familles d'accueil ont le plus grand mal à être compris autrement que par la catégorisation d'une fonction hospitalière infériorisée et délocalisée.

Pour faire face au réel, afin de combler le vide laissé par la prescription, nous mettons en œuvre notre intelligence et notre créativité. Mais cela ne se fait pas n'importe comment, il faut la mise en œuvre d'une activité déontique, c'est-à-dire construire des règles guidant la pratique et l'évaluation de la pratique.

Sur quelles « règles » les familles d'accueil s'appuient-elles pour faire face au handicap de ces patients psychotiques d'une part et pour faire face à la domination symbolique qui irrigue les rapports avec les hospitaliers d'autre part ?

IV) Les règles de métier et les règles de travail.

1. Règles de vie, règles de travail.

Le travail se situe toujours dans un écart entre le prescrit et le réel. Il nécessite la coordination des intelligences mais également la coopération des individus au travail ainsi que leur engagement dans le travail. La coopération repose sur la capacité des gens à inventer des règles de travail qui complètent la coordination et la rendent possible, car sinon elle ne marche pas. Le génie des gens qui coopèrent, c'est de recomposer le travail, non selon des ordres mais selon des principes qu'ils inventent. La coopération c'est donc un réajustement collectif des ordres donnés et ce réajustement prend la forme de règles de travail. Il n'y a pas de collectif ni d' « équipe » si le travail du collègue, c'est-à-dire celui qui participe avec moi à une tâche commune, ne m'est pas rendu visible. Travailler nécessite donc des lieux de mise en visibilité du travail de chacun c'est-à-dire des libertés que l'on a eues dans la nécessité de prendre pour travailler. Il faut donc pouvoir avoir confiance en cet autre qui n'utilisera pas contre moi de manière déloyale les libertés que j'ai dû prendre avec le règlement. Cette confiance n'est pas prescrite mais ressort de la qualité du vivre-ensemble c'est-à-dire des liens de convivialité et de solidarité établis entre les membres du groupe. Pour autant, cette délibération nécessaire au travail sur les modes opératoires est rarement consensuelle. Elle nécessite des arbitrages rendus par celui qui est mis en position d'autorité vis-à-vis du travail. Quand plusieurs accords normatifs sont établis et articulés entre eux, on parle de « règle de travail ». Etre famille d'accueil thérapeutique pour adultes psychotiques n'est pas reconnu comme une profession. Il serait pourtant faux de penser que la dimension thérapeutique de cet accueil relève d'un « don » des familles. C'est un travail. Il y a un collectif complexe articulant des soignants hospitaliers et une famille dont l'un des membres est embauché par l'hôpital. Il y a des règles qui s'établissent, il y a une forme d'activité déontique. Elles ne font pas n'importe quoi ! Dans ce contexte, peut-on parler de « règles de métier » ? Une distinction s'impose entre les « règles de métier » et les « règles de travail ».

Les « règles de métier » concernent des individus pratiquant le même métier.

En psychodynamique du travail, les « règles de travail » sont des accords normatifs sur ce qui est considéré comme juste, valide, correct, légitime, dans le procès de travail élaborés par les travailleurs d'un collectif. Ils peuvent donc exercer des métiers différents qui sont coordonnés dans l'organisation du travail. Ces règles ne sont pas prescrites, mais construites et remaniées

collectivement. Il ne s'agit donc pas d'un règlement. Elles sont mobilisées sans que l'on y prête attention, de telle sorte qu'elles ne deviennent visibles que lorsqu'elles sont transgressées, ou mises à mal. La construction collective et la négociation de ces règles supposent de parvenir à les mettre en discussion, de soumettre son propre rapport à la règle à l'avis des autres. On ne pourrait donc pas parler de règles de travail sans lieux de mise en discussion de ces règles.

Avant la création d'un groupe de travail mensuel pour les familles d'accueil¹⁰⁷, elles ne se rencontraient pas, ne se connaissaient même pas (ou si peu, une à deux fois l'année et en présence du chef de service et lors de rares formations dispensées par des organismes extérieurs). Ces rencontres mensuelles sont perçues par les familles d'accueil comme des espaces de délibération sur ce qui se fait et ce qui ne se fait pas. Un partage d'expériences participant de l'élaboration d'une façon de travailler commune pour les familles d'accueil de l'U.T.A.F.A et qui, selon elles, a une fonction de formation. Lors de ces réunions, chacun met en débat avec les autres, y compris les membres de l'équipe hospitalière, sa façon de travailler chez soi. J'anime ces réunions en présence d'au moins l'une des deux infirmières et du/des psychologues stagiaires.

Ces réunions sont un lieu d'arbitrage et de construction des « règles de travail ». Elles ont pour fonction d'établir de manière collective et dans la discussion, ce qui se fait ou ne se fait pas en accueil familial à l'U.T.A.F.A d'Aulnay-sous-bois. Elles restent « locales » c'est-à-dire qu'elles ne sont pas les mêmes établies par d'autres équipes. Par exemple, ne pas aller chercher un patient à la gendarmerie en pleine nuit constitue une faute grave pouvant amener un licenciement pour certaines équipes alors qu'à l'U.T.A.F.A, cela s'est trouvé encouragé comme une « bonne pratique » mise au rang de règle de travail. Mais alors, doit-on considérer qu'il n'y avait de règles de travail avant ces groupes de travail ? Non, car il y avait bien des « règles de vie » singulières à chaque famille d'accueil, fruit de leur histoire et de leur culture et il y avait bien aussi des « règles de travail », transmises et débattues lors des V.A.D et des entretiens même si elles n'étaient pas échangées avec les autres familles d'accueil. Il y avait bien un « compromis » stabilisant le vivre ensemble mais à réajuster sans cesse (lors des V.A.D et/ou des entretiens). Au sein des familles, des arbitrages sur le vivre ensemble sont nécessaires en dehors de la présence de l'U.T.A.F.A et réclament aussi du travail. Il y a donc plusieurs strates de construction, d'élaboration des règles.

¹⁰⁷ J'ai mis en place ce groupe à peu près deux ans après ma prise de poste. Voir en annexe le projet écrit.

D'abord en interne, les règles sont les règles de vie fixées dans l'espace familial. Elles garantissent le « compromis de vie » nécessaire à la vie ensemble. Les entretiens et les V.A.D permettent la validation, la stabilisation des accords contractés. Enfin, ces accords normatifs sont soumis à une validation et une reconnaissance horizontale lors du groupe mensuel. Cependant, à aucun moment la singularité des accords n'est remise en question en vue d'une standardisation qui condamnerait l'A.F.T en le vidant de ce qui l'anime, ce qui en fait sa dimension soignante. Si l'A.F.T est soignant, c'est parce qu'il résiste à la protocolisation. S'effectuant dans le cadre de la vie privée, la protocolisation du travail soignant rencontre là sa limite, sa frontière car elle se trouve inapplicable et inévaluable. Ces familles d'accueil sont chez elles et ce paramètre-là du travail empêche, pour le moment l'application des formes actuelles d'organisation du travail¹⁰⁸ comme l'évaluation individualisée des performances indexée à des critères chiffrés. La clinique du travail en A.F.T donne à voir le glissement qui s'est opéré d'un lieu de soin et de refuge des subjectivités qu'était l'hôpital psychiatrique vers de nouveaux lieux protecteurs car protégés de la contamination gestionnaire. Ce travail s'effectuant dans l'espace privé et protégé comme tel, notamment par les lois mais surtout par les valeurs éthiques de l'équipe dédiée, ne se voit pas imposer la normalisation ou la protocolisation du soin mise désormais en œuvre à l'hôpital. Les familles d'accueil sont chez elles et à ce titre, elles décident de faire ou de ne pas faire ce qui leur est demandé. Par ailleurs, tout ne peut pas leur être demandé.

La difficulté à rendre compte des règles de travail ne signifie pas qu'il y pas de règles ni même un refus de les évoquer, mais qu'il y a une antériorité de l'intelligence pratique sur la compréhension que l'on en a. Les règles de travail existent, mais elles ne se dévoilent pas de façon explicite. D'autant qu'ici elles se confondent partiellement et s'appuient sur les règles de vie. Le travail s'apprend « *en marchant* » c'est-à-dire en pratiquant, en allant au fur et à mesure que des difficultés apparaissent dans le quotidien. D'ailleurs, si la famille d'accueil et le patient se sont entendus concernant certaines règles du vivre ensemble, il n'y a pas besoin de prescription émanant de l'U.T.A.F.A (comme par exemple concernant l'heure du coucher du patient). Il ne se laisse alors pas décrire sous forme de consignes mais plutôt dans un vide descriptif que des limites formulées en entretien ou lors

¹⁰⁸ Mais cela demande d'être défendu par les soignants hospitaliers coordinateurs, à l'interface entre le domicile privé des familles d'accueil et l'hôpital.

des V.A.D et en raison d'une difficulté rencontrée dans le quotidien, viennent progressivement délimiter.

La partie la plus complexe du travail de famille d'accueil consiste sans doute dans la mise à distance ou plutôt le traitement de la prescription formulée par ceux qui « savent », par ceux qui « connaissent la maladie » pour conserver un espace de liberté et de spontanéité dans le quotidien. C'est aussi cela qui rend l'accueil thérapeutique. **Le travail d'accueil familial thérapeutique montre que vivre ensemble résulte d'une construction collective et d'une mise au travail de chacun. Le vivre-ensemble avec l'autre que soi, le différent, est le fruit d'un travail mais est aussi d'une transmission et d'une forme d'apprentissage.** Dans la mesure où le travail d'un accueillant familial mobilise l'ensemble du groupe qui accueille le patient, il ne peut pas être sans conséquences sur les autres membres de la famille et leur propre manière de vivre. **Chacun des membres a un travail à faire pour que celui de l'accueillant familial puisse se faire.**

a) Intégrer le patient dans sa famille et à son foyer. Travail émotionnel, travail affectif.

Naturalisation et invisibilisation du travail, « ça se fait tout seul »

Une des difficultés à rendre compte du travail d'A.F.T, en dehors du manque de définition du métier relève de l'invisibilisation et de la naturalisation qui sont nécessaires pour garantir le travail bien fait. **Invisibiliser le travail est même érigé en règle de travail.** Pour que l'accueil soit thérapeutique et chaleureux, il doit être spontané. **La spontanéité fait l'objet d'un travail intrapsychique.** Si dans d'autres champs, la naturalisation des qualités requises pour faire ce travail (qualités sensibles et morales surtout) font peser un risque sur la reconnaissance du travail, en A.F.T il semble bien que les familles d'accueil le revendiquent comme telle. Pourtant il est indéniable qu'il existe un écart fondamental entre l'émotion et son maniement, mais aussi entre le lien affectif spontané et la construction dont celui-ci doit faire l'objet dans l'A.F.T. **Dans la mesure où prescription leur est faite de « vivre normalement », elles doivent non seulement invisibiliser le travail mais également le naturaliser afin de lui donner une teinte authentique. Le bon travail c'est non seulement celui qui ne se voit pas mais en plus celui qui semble naturel, spontané celui qui ne demanderait pas d'effort, bref celui qui ne serait plus un travail.**

Pourtant cette invisibilisation pour pouvoir bien travailler constitue également une limite, une contrainte dans le travail : « *c'est tellement transparent tout ce qu'on fait, c'est logique que la patiente n'apprenne pas... vous apprenez comme on vous a appris mais après elle ne peut pas tout appliquer et faire comme elle veut... et puis d'abord, bien c'est quoi ?* ». **Le bon boulot c'est donc celui qui ne s'enseigne pas mais se transmet. Il ne passe pas par l'apprentissage technique de gestes mais par un apprentissage sensible de l'usage et des techniques du corps, au service de gestes quotidiens.**

La singularité et le sur-mesure. Altérité et singularité.

Aucune famille d'accueil ne travaille comme une autre car aucune famille ne vit comme une autre : quand on cherche à définir le travail des familles d'accueil on bute inévitablement sur la singularité de tout accueil d'une famille à l'autre, mais aussi d'un patient à l'autre et enfin dans le temps. L'accueil est fondamentalement dépendant des capacités d'une famille à accueillir, à un moment donné, une personne dans toute sa singularité et ses particularités. L'accueil thérapeutique est donc une alchimie subtile et fragile.

Ce qui prime c'est la rencontre de la singularité de la personne accueillie et sur laquelle s'appuie la singularité de l'accueil et de la prise en charge proposés. Pourtant, il ne s'agit pas seulement de voir le patient comme différent mais aussi comme semblable. Les familles d'accueil investissent ainsi le patient en tant qu'il leur apparaît comme « vulnérable » et parce qu'il leur est présenté comme tel par les équipes soignantes. **Mais cette vulnérabilité qu'elles mettent en avant comme point commun entre « nous » (les non-malades) et le patient, ne s'impose pas comme une évidence. Il faut aller la voir dans le quotidien.** Elle n'apparaît pas spontanément et elle n'amène pas immédiatement un dévouement envers le patient. Elles ne prennent pas soin de ce patient parce qu'elles reconnaissent cette vulnérabilité mais aussi parce qu'on le leur demande et que cette vulnérabilité s'illustre par les « fragilités » justifiant le « besoin d'être en famille d'accueil ». **La vulnérabilité n'est donc pas une évidence mais une construction rationalisante servant le travail.**

Singularité de l'accueilli, singularité de l'accueillant, singularité de la prise en charge : en A.F.T, le travail ne peut être que du « sur-mesure ». Il ne peut donc pas être rendu visible selon des critères de qualité standardisés. La qualité de la prise en charge est non seulement relative aux besoins du patient mais aussi fonction du travail de l'équipe dédiée, de celui des équipes soignantes et de l'art de la famille d'accueil à accueillir l'étranger chez elle, la rendre un peu plus familière à soi et aux autres.

L'A.F.T est un parcours, un chemin qui ne peut pas se penser selon une courbe allant de l'échec à la réussite. Tout temps passé en A.F.T, même s'il se solde par une réhospitalisation, peut se concevoir comme une réussite. Le parcours en A.F.T peut se concevoir sous forme de séquences, ajustables à chaque profil de patients. Une sortie de famille d'accueil, même pour une réhospitalisation, peut très bien s'entendre comme quelque chose de non définitif. Un patient peut être amené à quitter le dispositif de l'U.T.A.F.A mais y revenir plusieurs mois ou plusieurs années après.

De la même manière qu'il n'y a pas de profil type pour les patients bénéficiant de ces prises en charge il n'y a ni « protocole d'accueil », ni de « durée moyenne de séjour », ni même de fin « standards ». **L'une des règles en A.F.T est de « laisser du temps au temps » : la prise en charge dure le temps que le patient, la famille et l'U.T.A.F.A restent engagés dans le travail c'est-à-dire le temps que l'ensemble estime ce temps nécessaire et légitime.**

b) L'implication affective, l'opiniâtreté et l'engagement du corps. Entretenir la spontanéité et la vie.

Quand je rencontre Mohamed en vue de son admission en famille d'accueil thérapeutique, il est très incurieux et très pragmatique, hermétique, très peu expressif et inaudible. Il ne semble pas vraiment délirant mais est « ailleurs », sans vraiment manifester d'attitudes d'écoute mais il n'est pas dans la situation vécue de la rencontre. Il a 25 ans et me fait l'impression d'un patient très « lourd », c'est-à-dire difficile à mobiliser... et à rencontrer ! Mohamed vit encore chez sa mère, restée seule avec ses trois fils après le décès du père. Il a un frère plus âgé polyhandicapé et un frère plus jeune, petit délinquant me dit-on. La mère ne parle pas le français, ne sors pas de chez elle et semble bien en difficulté pour s'occuper d'elle, du logement et de ses fils. Un signalement a été fait. Il faut trouver une solution d'hébergement et de soin pour les deux aînés, remettre en état le logement ou toute la famille sera expulsée. L'aîné tarde mais va finir par obtenir une place en foyer médicalisé. Mohamed nous est présenté. Il vit depuis de longs mois dans une clinique en pleine campagne et ne participe à aucune activité. Il ne fait rien et ne prend pas soin de lui. Mohamed ne veut pas aller en famille d'accueil mais il ne veut pas non plus s'opposer au projet de son médecin. A vrai dire, Mohamed a bien du mal à structurer la moindre envie et le moindre projet. Tout ce qu'il veut, c'est retourner vivre avec sa mère et s'occuper d'elle.

Mme L, dont nous avons déjà parlé plus tôt, nouvellement recrutée accepte de le rencontrer et de le recevoir. Elle sort de sa première expérience d'A.F.T. douloureuse et terminée brutalement. Elle s'était investie massivement auprès d'une jeune patiente un peu plus âgée que sa fille aînée mais cette dernière a quitté brutalement l'A.F.T., contre avis médical, pour retourner vivre auprès de son père qui pourtant la maltraitait et en accusant Mme L. de la maltraiter !

Mohamed est tout à fait différent de cette jeune fille. Il présente une psychose très marquée, un repli et un hermétisme tel qu'il est à vrai dire difficile de s'attacher à lui. C'est sans doute ce qui permet à Mme L. de se mettre au travail. Il parle très peu (et quand il le fait, il est inaudible, parle très bas) et a beaucoup de mal à faire les gestes les plus basiques de la vie quotidienne (fermer l'eau après la douche, aller se laver et le faire correctement, s'habiller de manière adaptée, manger de manière socialisée, éteindre les lumières, laisser les toilettes propres derrière lui après son passage, dormir la nuit et se lever le matin etc.). Il a aussi beaucoup de mal à établir un lien quel qu'il soit avec l'autre. Il peut rester plusieurs longues minutes planté au milieu du couloir. Mohamed inquiète plus qu'il ne suscite d'empathie. Il investit peu de choses si ce n'est fumer et fait des choses « bizarres » comme partir en laissant la porte d'entrée grande ouverte ou encore déambuler dans les couloirs la nuit, dans un état semi hypnotique.

De plus il conteste toute autorité et toute légitimité d'intervention auprès de lui à Mme L. ce qui amène les infirmières à avoir des interventions très « cadrantes » en V.A.D. Tout ce qu'il veut, c'est retourner vivre chez sa mère qui fait la même chose qu'elle mais « sans être payée pour cela ». En fait, il interroge sans cesse Mme L. sur son travail, sur ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait ce qui oblige cette dernière en retour à penser et élaborer ce qu'elle fait. Les entretiens avec Mme L. sont longs et parfois lourds. Même si dans les premiers temps, elle parle beaucoup de la première patiente accueillie, elle cherche à élaborer des affects dépressifs et une culpabilité qui se réactive au second accueil. Ce faisant, un mois après l'autre, Mme L. avance et travaille beaucoup à la fois en entretien et au domicile. Elle doit répéter, justifier et donner du sens à ce qu'elle fait. Mohamed est exigeant d'explications et Mohamed change. Les contestations et provocations cèdent. Un projet d'insertion professionnelle commence à se faire jour et Mohamed commence à se préoccuper de son apparence et de son corps.

A vrai dire, la seule personne du foyer que Mohamed semblait alors investir était la cadette de Mme L. alors âgée de 6 ans. La petite fille lui demandait souvent de jouer avec elle, de l'accompagner à l'école etc. Et lui de dire accepter de rester chez Mme L. pour rester avec la petite fille. L'investissement de Mohamed par la petite fille et le conjoint de Mme L. ont participé également à penser une prise en charge possible pour Mohamed. L'investissement de l'enfant et du conjoint ont étayé celui de Mme L. La bizarrerie de Mohamed effrayait Mme L. et son incurie la rebutait. Son manque d'envie et d'initiative la décourageaient. A voir sa plus jeune fille si proche de ce patient si peu aimable, elle l'a considéré comme « *un gros bébé* » et grâce à l'appui de son conjoint et de l'équipe hospitalière dédiée, elle l'a vu non pas comme un fainéant mais comme quelqu'un de très dépendant à prendre en charge, en grande difficulté et comme un « *challenge* ».

C'est quand elle l'a considéré comme un « gros bébé » et qu'elle a commencé à interpréter ses comportements en ce sens que Mme L. a pu l'investir. Elle s'est alors préoccupée des soins du corps (hygiène, rythmes de vie etc.) puis de l'image du corps, d'abord en refaisant sa garde robe puis en le valorisant à la moindre initiative concernant ce point. Sportive et coquette, elle l'emmène faire un peu de sport avec elle et son conjoint. Puis Mohamed recommence à en faire seul. Les débuts sont laborieux, il faut répéter et maintenir l'intérêt pour tout ce travail mais avec le temps, Mohamed semble y prendre goût et s'ouvre au monde. Il discute plus aisément et se préoccupe de son apparence. Cherche à être à la mode des jeunes gens de son âge. Il demande à suivre un traitement dentaire important, perd du poids. En quelques mois, la transformation physique est réellement spectaculaire. Je m'en rends compte à l'occasion d'un entretien lors duquel il ramène une photo d'identité faite à la clinique dans laquelle il résidait avant d'être en A.F.T. Il me dit avoir été troublé parce qu'il ne s'est pas reconnu dans cette photo et me dit à quel point il se sent « *métamorphosé à l'intérieur et à l'extérieur* ». Pris dans le quotidien, personne n'avait noté l'ampleur des changements ; lui, oui. De repoussant, il devient séduisant (même s'il n'est pour autant pas du tout séducteur).

La discussion devient plus fluide. Mohamed fait part de questionnements profonds concernant son identité et celle qu'il veut construire. Il parle de sa maladie, de ses handicaps au quotidien, des progrès accomplis et du travail encore à mener pour accéder à son but : avoir un travail et un appartement.

Nous le faisons dans un premier temps admettre en hôpital de jour et il réapprend la ponctualité, le maintien de l'attention durant le temps des activités, à prendre une place dans un groupe etc. Le week-end, chez sa mère, il reprend les parties de football avec les amis du

quartier et son plus jeune frère. Lui qui souffrait de ne plus pouvoir « *jouer en collectif* », « *faire une passe* », et encore moins « *marquer un but* », il reprend une place dans l'équipe qui se réunit tous les samedis après-midi.

Puis il est admis en E.S.A.T et devient serveur au restaurant ouvert au public. Mohamed souriant et présentant bien pour ce poste est vite embauché, malgré les réserves de sa mère. Elle aurait préféré le voir devenir maçon ou peintre. Il a maintenu son souhait de « servir ». Il dit acquérir plus d'assurance et travailler sur les difficultés qu'il rencontre encore (gérer le contact avec l'autre, parler et se faire entendre, maintenir son attention etc.).

Son corps n'a aujourd'hui plus rien du corps psychotique rencontré cinq ans en arrière... sauf dans sa capacité à se faire entendre de l'autre. Les relations amoureuses et la séduction ne sont toujours pas possibles. Il refuse toute relation amoureuse et se sent même persécuté quand il est l'objet de tentatives de séduction. Toute manœuvre en ce sens est ressentie comme un « *harcèlement* », tout contact comme « *un attouchement* ». Toute situation de séduction relance la problématique délirante. Il peut travailler dans un environnement protégé et commencer à évoquer un départ de la famille d'accueil mais sans encore vraiment construire de projet (appartement, foyer etc.).

Opposant, il est devenu participant et acteur du travail thérapeutique. Ses troubles ont diminué jusqu'à nous mettre face à un patient presque asymptotique, et au traitement neuroleptique considérablement allégé. Si on ne sait pas que Mohamed est psychotique, on ne le devine pas en le rencontrant ou en le croisant dans les transports en commun. La bizarrerie a disparu. Le discours est d'allure névrotique dans les entretiens. Ses troubles se sont tellement stabilisés qu'il peut donner l'impression d'être guéri, si on fait abstraction des impasses de la séduction dans lesquelles il est toujours pris... Illusion donc dangereuse... Car elle pourrait nous faire oublier que tout cela n'est possible pour le moment que par l'étayage des soignants.

Une seconde phase du travail a débuté, sans doute plus complexe car elle ne s'appuie plus sur le traitement des symptômes. Cette phase va demander des ajustements importants tant du côté hospitalier que du côté de la famille d'accueil qui, à nouveau, n'a « *plus de boussole* ». Mme L. ne « *comprend pas pourquoi ce qui marchait avant ne marche plus* ». Il « *n'accepte plus mes conseils et que je lui rappelle ce qu'il doit faire* ». « *Il a changé, je ne le reconnais plus* ».

Et effectivement, Mohamed est transformé. A un point tel qu'à ce jour, je commence à me demander si l'objectif du dispositif n'est pas atteint et s'il ne faut pas commencer à travailler un autre type de soin que l'A.F.T.

Mme L. a pu investir ce patient lourd mais elle ne l'a pas fait seule. Elle l'a fait avec les membres de sa famille, à partir de l'étayage fourni par l'équipe dédiée et grâce au soutien des autres familles d'accueil confrontées aux mêmes doutes, incertitudes, peurs, sentiments dégoût etc. La transformation de Mohamed n'a pas été magique. Elle s'est faite par l'entremise du travail de Mme L., dans sa part effective et dans ses dimensions intrapsychiques.

L'accueil familial thérapeutique ne tient qu'à la condition d'un attachement affectif. C'est un travail affectif. Toutes les familles d'accueil le disent et le revendiquent comme une règle de bon travail : on ne peut pas faire ce travail et le faire bien, sans s'attacher au patient qu'on accueille chez soi, sans en faire un membre un peu particulier de la famille. Cette implication affective, cet engagement risqué¹⁰⁹ de l'affect leur permet non seulement de sentir quand le patient va moins bien mais aussi de savoir jusqu'où elles peuvent aller dans la stimulation du patient. **L'affect, sa reconnaissance et son interprétation sont donc la boussole de l'action. Ce travail de soin repose donc sur un savoir affectif qui naît dans l'attachement au patient. C'est également lui qui permet de tenir et de continuer à travailler dans la répétition.** Ne pas lâcher, répéter sans s'exaspérer, persévérer ne se fait qu'à certaines conditions. Elles persévèrent « *pour le patient* », parce qu'elles se sont engagées auprès de lui et qu'elles estiment qu'il en a besoin, qu'elles doivent tenir pour que le patient reprenne des « *habitudes* », une « *vie normale* ».

Cet attachement est le fruit d'une construction, nécessaire et en même temps résultant du travailler. Il est donc à ce titre dépendant de conditions particulières :

- un côtoiement quotidien régi par la confiance et le respect mutuel.

¹⁰⁹ A s'engager de manière authentique auprès de quelqu'un, on court toujours le risque de souffrir quand le temps de la séparation est venu. Et c'est un fait, les fins de prise en charge sont toujours difficiles, voir douloureuses pour les familles d'accueil, même quand elles se terminent par ce qu'elles pensent être une réussite, l'intégration d'un appartement autonome. Elles les décrivent souvent comme un « arrachement ». On ne les prévient jamais assez et c'est toujours brutal, quelles que soient les précautions prises par l'équipe pour organiser ces départs de la manière la moins brutale possible.

- la visibilité à la fois des efforts mais aussi des difficultés du patient, comme un « appel » ou en tout cas un signe interprété par les soignants¹¹⁰ comme une demande d'aide. Pour toutes ces raisons, on peut dire que le travail d'accueil familial thérapeutique est éminemment un travail corporel.

c) Le corps dans le travail d'A.F.T.

Le travail des familles d'accueil est un engagement corporel auprès du patient accueilli et auprès du corps du patient accueilli. **Il ne suffit pas d'être présent. Cette présence doit être « pleine » pour permettre au patient accueilli, « en prenant conscience de son corps », de remplir ses occupations quotidiennes (notamment le soin de son propre corps et de ses affaires personnelles) non pas de manière automatique et « sur commande » mais bien parce que cela a du sens. Le travail des familles d'accueil est bien un travail « affectif » car il s'agit là, à partir de son corps affecté par le patient, de travailler les « zones du corps en creux » du patient.** Même si elles n'utilisent pas le vocabulaire psychanalytique, il me semble que ce qu'elles désignent par là, c'est bien le corps érogène du patient. Il faut toucher ce corps étranger, adulte qui bien souvent inspire dégoût et honte plus qu'attrait et tendresse. Et il faut dépasser les ressentis à la vue ou au toucher du corps du patient. Même s'il n'est surtout pas demandé aux familles d'accueil de faire la toilette des patients, il y a tout de même un rapprochement corporel à opérer, et une « **communauté de corporéité** » à créer. Ce corps, souvent incurique (tout au moins à l'arrivée en famille d'accueil), il faut parvenir à l'investir comme digne de soin pour que le patient puisse également le faire. Il faut donc parvenir à non pas seulement s'habituer mais s'accommoder pour un temps à la vue, aux odeurs de ce corps malade et **subjectiver le patient pour pouvoir l'amener à accepter tout d'abord les règles d'hygiène et de vie puis à les faire siennes, se les approprier.** L'appropriation n'a rien à voir avec une simple intériorisation. Dans une orientation psychanalytique, la subjectivité se fait avant tout connaître au clinicien comme une réserve quasi-inépuisable de résistances. L'intériorisation n'a rien d'un processus évident et naturel. Ces règles de vie, le sujet va devoir se les rendre acceptables, sensées et propres à les faire

¹¹⁰ Il me semble qu'on retrouve là également un point commun entre le travail des familles d'accueil et des soignants en psychiatrie dite classique. Le soin est conditionné non seulement aux difficultés rencontrées par un patient (un soin prodigué envers quelqu'un qui n'en a pas besoin n'a pas lieu n'est pas un soin) mais également à une forme a minima d'acceptation, voir de participation du patient (ou de son représentant en cas d'impossibilité de prendre ces décisions).

devenir siennes. **Ce cadre de vie, il va falloir l'habiter. En somme, il va falloir subjectiver les règles codifiant le cadre de vie pour le rendre subjectif et habitable. La reprise de la vie subjective du patient passe par la subjectivation de ce dernier par la famille d'accueil. Mais cette subjectivation qui n'est pas un processus naturel repose sur un travail intrapsychique, un traitement de l'obstacle à l'investissement représenté par le corps psychotique du patient qui, dans le commerce intersubjectif de l'agir expressif, ne « parle pas » et qu'il s'agit de « faire réagir ».**

d) Le temps et l'espace. « Une place pour chacun et du temps pour tous ».

Pour être famille d'accueil, il faut « être organisée et savoir organiser ». Garante de l'équilibre du foyer. Destabilisé par l'arrivée d'un étranger « bizarre », elles doivent répartir non seulement l'espace (attribuer une chambre au patient par exemple) mais aussi le temps afin que personne ne se sente lésé. **Le temps accordé à chacun est important et doit être réparti de manière juste et équitable car ce « temps accordé » est fondamental dans le sentiment de reconnaissance. Par le temps qui m'est accordé, j'ai le sentiment de compter ou non pour quelqu'un.** Le temps accordé aux uns et aux autres est un enjeu important dans la stabilité d'un collectif car il témoigne de la qualité de la répartition de l'attention portée. Ce temps accordé est donc un enjeu central dans la qualité du vivre ensemble.

Pour que chacun respecte l'intimité de l'autre, les temps d'occupation des espaces notamment les espaces communs (comme la salle de bain ou encore les toilettes) sont également importants. Ce temps et ces espaces sont souvent l'objet de répartition, d'organisation voir de négociation. Ces multiples répartitions nécessitent des réglages, des calages, des discussions prenant en compte les besoins de chacun, les attentes liées au travail (que le patient reprenne des habitudes de vie en particulier concernant l'hygiène). Il est donc impératif que les patients aient leur espace personnel. Parfois, quand la configuration le permet, les patients ont même leurs sanitaires privés, ce qui n'est pas toujours le signe de mise à l'écart du patient à l'intérieur du groupe familial comme le pensait Denise Jodelet (1989, op. cit.). C'est ce qu'elle désignait comme la « barrière à poule ». Cette analyse, si elle peut s'avérer juste dans quelques cas particuliers, n'explique pas la totalité des configurations cliniques. Il me semble que cette attribution des espaces personnels, loin d'être toujours signe d'exclusion, me semble être souvent signe de respect de l'intimité de l'adulte accueilli. La preuve en est que même si

les patients se voient attribués une salle de bain, les autres salles de bains ne leur sont pas interdites d'accès. Cette répartition des espaces me semble davantage servir le travail en offrant à la fois aux familles d'accueil une séparation, même imaginaire, entre lieux de vie et lieux de travail mais en plus, si ces espaces peuvent également servir d'espace « d'entraînement » pour les patients destinés ensuite à reprendre une vie en logement individuel.

Cette répartition du temps et de l'espace est fondamentale pour l'organisation et la stabilisation du vivre ensemble. Elle est même énoncée par toutes comme une règle fondamentale, préalable à l'accueil réel. Ainsi, une des premières choses que l'infirmière en V.A.D interroge, c'est si cette répartition a bien été faite et comment elle s'est faite. Par exemple, la candidature d'une famille d'accueil a été annulée alors qu'en nous faisant visiter la maison, elle nous disait vouloir retirer son jeune enfant de sa chambre, lui mettre un lit dans la pièce servant de salle de bain et de lieux d'aisance à la famille pour pouvoir accueillir le patient. Ou encore celles de ces jeunes mères venant d'accoucher, avec d'autres enfants en bas âges. Ou même encore cette famille avec laquelle nous avons dû arrêter de travailler quand nous nous sommes rendus compte qu'en dépit de nombreuses chambres, la répartition était aléatoire et changeante presque tous les jours !

Accorder un temps à chacun et reconnaître l'espace propre à chacun sont des règles de travail fondamentales et nécessaires à la vie en commun, support de travail dans l'A.F.T. De cela découle une activité importante de « calage d'emplois du temps » pour elle et même pour l'U.T.A.F.A qui doit également, pour que l'ensemble fonctionne, permettre aux familles d'accueil de faire tout ce travail, notamment en leur ménageant des temps « sans le patient », les mercredis pour certaines, les vendredis après-midi pour d'autres. Comme pour toutes les « travailleuses du care », **le temps se trouve au centre des préoccupations défensives des familles d'accueil (P. Molinier, 2009 a.). Le clivage des temporalités et de l'espace, en partie inévitable et en même temps nécessaire pour que le travail d'A.F.T puisse se faire bien et dans la durée. Contrairement à ce que D. Jodelet montrait, ces clivages sont nécessaires et ont une intelligibilité au regard du travail d'A.F.T.**

L'accueillant familial, souvent la mère de famille est donc un maillon de la coopération verticale qui articule deux collectifs : un collectif hospitalier et une famille.

e) *Le statut du savoir. De la théorie et du bon sens. Savoirs et habiletés.*

Les familles d'accueil développent un savoir affectif constitué d'habiletés corporelles, un « tact » développé au contact du patient et de sa singularité. Elles deviennent capables de sentir les moindres variations dans la stabilité de l'état psychique des patients qu'elles accueillent. Elles « sentent » quand cela ne va pas ou quand il ne faut pas « trop les pousser » à faire certaines choses. Quand au contraire, il faut un peu les « bousculer pour qu'ils avancent ». Elles détiennent une forme d'expertise du patient, un savoir qui infiltre, irrigue et anime leur corps engagé dans le travail. Ce savoir n'est aucunement théorique ; il se développe en situation, dans l'action et à partir du corps engagé. Il est donc dépendant d'une disposition à faire ce travail. « *Tout le monde ne peut pas être famille d'accueil* » et effectivement, si certaines postulent par nécessité économique et souvent sans savoir ce que représente ce travail, en tout cas, elles ne le restent jamais « par hasard ».

Les familles d'accueil n'ont pas de formation théorique préalable à la mise en situation de travail. Elles ne sont pas recrutées pour des connaissances qu'elles auraient, voir même il est préférable pour la qualité de l'accueil, qu'elles ne disposent pas de cette formation théorique. **Le recours à la théorie peut avoir une visée défensive et rationalisante visant l'affect et permettant une prise de distance par rapport à lui.** Si les familles d'accueil mettent bien en place des stratégies défensives, celles-ci ne doivent pas consister en une mise à distance affective du patient, au risque sinon de dégrader la qualité de leur travail. La rationalisation que permet la théorie n'est donc pas souhaitable et à vrai dire, pas vraiment recherchée par les familles d'accueil. Ce sont les familles d'accueil nouvellement arrivées qui demandent un étayage théorique mais cette demande cède vite au fur et à mesure de l'élaboration collective de leur travail. Dire qu'elles sont recrutées parce qu'elles n'ont pas de formation théorique ne signifie néanmoins pas qu'elles soient incultes ou qu'elles ne pensent pas car, comme le dit M. Minsky (1986),

le « bon sens réclame plus de connaissances que le savoir dit de l'expert ».

Le savoir des familles d'accueil n'est pas un savoir scientifique ou technique mais un savoir pratique et pragmatique reposant sur des savoir-faire spécifiques.

A partir d'habiletés corporelles développées dans le travail (la possibilité de « sentir » le patient, d'entrer en contact et de maintenir au fil du temps l'investissement affectif requis par le travail), ces familles d'accueil constituent en situation de travail des savoir-faire et des savoir-être qui ne peuvent pas se laisser circonscrire dans une description technique. C'est d'ailleurs ce qui met en difficulté les familles d'accueil « novices » car aucun

« enseignement » n'est possible. Le fait que leur travail ne puisse pas s'enseigner les empêche également de faire valoir des « compétences » reconnues par l'ensemble des recruteurs, en particuliers hospitaliers ; et de constituer une identité de métier.

Si une transmission des savoir peut avoir lieu, c'est dans et à partir de l'action plus qu'en termes de conduites transposables et reproductibles ou standardisables. Cette transmission des savoirs reste indéfectiblement indexée au « travailler » (C. Dejours) et n'a aucune pertinence dissociée de l'expérience même de travail. C'est pour cette raison que si le travail s'apprend c'est dans une transmission familiale. Le développement de l'intelligence affective dont elles font preuve trouve son origine dans le travail affectif effectué par leur propre famille autour d'elles enfant. A. R. Hochschild (1983) avait noté un déterminisme social dans le travail émotionnel impliqué par les activités de service. La clinique du travail des familles d'accueil thérapeutique en psychiatrie met en cause un autre déterminisme, le déterminisme familial ce qui nous a amené à parler d'un travail affectif. Si les émotions peuvent être soumises à des contraintes socio-économiques, il n'en va pas de même pour l'affect dont le déterminisme reste singulier. C'est pour cette raison que le travail affectif résiste à la protocolisation et la standardisation. Mettant en jeu l'inconscient, il repose sur des habiletés techniques qui ne se laissent ni normaliser ni standardiser même si elles s'inscrivent dans une tradition.

On dit de « profane » ce qui n'a aucun caractère sacré ou religieux. C'est-à-dire ce qui est modifiable, évolutif, adaptable, humain. Cela peut être dit également de celui qui n'a aucune connaissance dans une science ou dans un art. Celui qui n'est pas initié à un art, une technique, une science ou à certains usages mais qui néanmoins possède une opinion sur un sujet. Cette opinion est éclairée par un savoir différent de celui d'une doxa. Il est spontané c'est-à-dire nouveau et non appuyé sur un corpus théorique à respecter. **Le profane n'est pour autant pas le sauvage en tant qu'il a sa place dans la culture et non en opposition à celle-ci.** Le profane, le non initié participe à l'effort de culture sans pour autant être enfermé dans des codes préfabriqués. Ils ne sont pas a-théoriques mais créés, alimentent la formation de la théorie. Le profane obéit à des règles mais qui ne sont pas celles que la doxa a hissées au rang d' idéal. Il obéit à des valeurs et non à des règles techniques créées parfois par la théorie. C'est le « tour de main » ou « l'art et la manière », les savoir faire nobles qui ne peuvent jamais se laisser circonscrire dans une description « scientifique du travail ». **Les savoir-faire**

thérapeutiques des familles d'accueil peuvent être appelés « savoir faire thérapeutique profanes ».

Les savoirs produits naissent de l'engagement psychique et corporel, l'engagement subjectif dans des situations de travail toujours singulières. Ces savoirs ne se transmettent pas selon des « modes opératoires » reproductibles ou standardisables et ne peuvent pas anticiper sur la situation de travail. Ils naissent par et dans la rencontre avec l'accueilli, ils se développent par la perlaboration qui a lieu en entretien.

Les familles d'accueil mettent en place une « intelligence de la pratique » qui est pulsionnelle et enracinée dans le corps, guidée par l'intuition sensible nous dit C. Dejours (1993). C'est justement cette « métis » en lien avec l'expérience subjective qui fait l'objet d'un déni massif de la part des organisations gestionnaires et par la culture scientifique. Ces savoirs ne peuvent pas avoir leur place dans l'hôpital général que nous connaissons aujourd'hui car ils ne souffrent pas de se laisser circonscrire par des descriptions générales et abstraites. Ils ne sont ni quantifiables, ni mesurables même s'ils sont évaluables. Et à partir du constat que la mise en œuvre de ces savoirs considérés comme mineurs ont des effets positifs sur la santé des patients là où les savoirs médicaux scientifiques reconnus selon les critères de l'E.B.M¹¹¹ sont mis en échec, **ces savoirs pratiques représentent le point aveugle, ou le point d'achoppement de l'entreprise gestionnaire totalisante, voire totalitaire, de la santé mais aussi l'élément qui fait du travail soignant une pratique subjectivante et vivante. Bref, sans eux, nul soin efficace possible.**

A ce titre, ils représentent un enjeu vital pour le travail de soin.

2. Des règles de métier ?

Je pose comme hypothèse qu'il y a bien des règles de travail reposant sur des habiletés et des savoir-faire. Il y a une activité déontique mais il n'y a pas de règles de métier.

Les règles de travail sont les résultats d'accords normatifs sur lesquels les professionnelles s'entendent pour organiser le travail (répartition, permutation des horaires, remplacement d'un collègue au pied levé...). Ces règles de travail incluent le relationnel (avec

¹¹¹ Evidence Based Medicine.

l'encadrement, les usagers, les partenaires etc.) et permettent de décider ce qui se fait et ce qui ne se fait pas. L'ensemble constitue le métier.

Les règles de métier s'attachent à la manière de faire le travail (ces manières de faire qui révèlent les capacités de chacune de mobiliser leur intelligence rusée et leur créativité) aux modes d'échanges permettant ou non le « vivre ensemble ». Ce sont les trouvailles, les ficelles élaborées au fil du temps pour assurer un travail malgré tout, en marge des règles prescrites. Ces règles ne se décrètent pas mais sont le résultat de discussions autour de ce que chacun perçoit des besoins de l'accueilli. Ces règles soudent le collectif et permettent de créer une culture de métier, protectrice pour la subjectivité. Quand on intègre la règle, on est reconnu comme appartenant à un métier mais le chemin est encore long après cela pour l'obtention de la reconnaissance ! Ces règles de métier sont source de plaisir dans les pratiques quotidiennes et c'est par elles que les professionnelles peuvent s'affranchir de la naturalisation de leur travail et construire une identité professionnelle selon D.- L. Chaplain et M.- F. Custos-Lucidi (2001, op. cit.).

Les règles de métier condensent toutes les expériences de délibération pour ajuster progressivement les règles. Elles s'établissent entre ceux qui pratiquent la même activité et qui sont « alter ego » (ou supposé être) dans les liens de coopération. Les règles de travail et les règles de métier ont un double objectif :

- d'efficacité en termes de qualité du travail.
- social car le vivre-ensemble, partie fondamentale du travail, ne va pas de soi et suppose l'engagement des travailleurs pour « conjurer la violence » (ss la direction de C. Dejours, 2011).

Pourquoi n'existe-t-il pas de règles de métier? Pour qu'une règle de métier s'établisse, il faut déterminer une certaine universalité dans la singularité. C'est la fonction du compagnonnage et même de l'universitarisation de la formation professionnelle. C'est parce que les maçons font le tour de France ou parce que les médecins ont une formation universitaire reposant sur un savoir scientifique et une formation uniformisée que des règles de métiers se sont construites. Le risque étant de perdre, dans cette tendance à l'universel, la singularité du

travail¹¹². Les savoirs universitaires sont rassurants quand il s'agit de travailler dans le soin à l'autre où la résonance affective est majeure. Ces savoirs permettent de « colmater » ce qui nous « travaille au corps ». Ils viennent à la place de ce qu'on n'a pas à donner et font illusion. Ils peuvent être là pour ne pas avoir à penser la logique institutionnelle, ce que l'on veut des familles, du patient et le choix que l'on a fait de sa fonction. Mais alors, c'est servir le « faire comme si » l'implication personnelle dans ces métiers du soin n'existait pas et cela se paye cher en terme de déshumanisation de la relation à autrui, des conséquences sur la santé de chacune des parties en cause.

Il y a donc des facteurs internes, spécifiques au travail expliquant l'impossibilité de l'uniformisation des formations et des pratiques d'A.F.T et que nous avons déjà soulignés. Mais sans doute y-a-t-il également des facteurs moins directement indexés aux spécificités de l'activité, davantage en lien avec l'économie des relations de domination qui infiltre tout travail¹¹³. Il y aurait aussi sans doute des facteurs politiques : sans uniformisation par les règles de métier, pas de reconnaissance du métier de famille d'accueil thérapeutique.

Ce flou évite de se poser des questions difficiles notamment en termes de droit du travail. Reconnaître le travail comme métier soignant impliquerait de lui appliquer les mêmes réorganisations qu'à l'hôpital ce qui n'aurait pour seul résultat à mon sens que de démontrer leur non-pertinence.

Et plus largement, ne pas reconnaître l'A.F.T comme un métier, permet de ne pas interroger la place qui doit être faite à l'accueil, aux enjeux de l'hospitalité dans le travail de culture. C'est dénier la complexité de l'humain et la souffrance générée par la reconnaissance de cette complexité.

Mais sans règles de métier, comment font-elles alors pour ne pas tomber malade ? Sans doute que les dynamiques de coopération nous permettent de faire quelques hypothèses.

La coordination c'est l'assignation des tâches mais pour que travail fonctionne, cette coordination doit être réajustée collectivement. La coopération c'est le réajustement collectif des ordres donnés sous la forme de règle de métier de règle de travail. Dans le travail d'A.F.T

¹¹² L'universitarisation de la formation professionnelle tiendrait donc de ce point de vue là une place importante dans la standardisation des pratiques.

¹¹³ Je fais allusion ici à la domination féminine notamment infirmière qui servirait les stratégies défensives infirmières. Voir chapitre sur la coopération défensive.

il y a donc plusieurs strates de réajustement collectif : les ordres donnés par l'hôpital sont réajustés à l'U.T.A.F.A puis au sein des familles.

La coopération montre que les règles de travail ne sont pas que des règles techniques mais aussi des règles de sociabilité. **La psychodynamique du travail des familles d'accueil thérapeutique nous amène à concevoir le vivre-ensemble au sein de la famille non pas comme naturel, comme une évidence mais comme le fruit d'un travail et d'une construction. Elle nous amène à penser le maternel non pas comme une qualité mais comme un travail, reposant sur des voies coopératives c'est-à-dire comme une activité collective. Concevoir la famille comme l'espace originaire du travail nous pousse alors à renouveler la théorie psychanalytique classique et impose la centralité du travail à côté de celle de la sexualité.**

De manière plus moins importante, ce sont les économies familiales qui se trouvent modifiées par le travail. Les règles de travail infléchissent les règles de vie au sein des foyers des familles d'accueil, modifiant ainsi ce que les enfants apprennent des liens de socialité. Ils font l'expérience et l'apprentissage de la prise en compte de la différence et de faire avec l'altérité. Cela semble être un remarquable moyen d'apprentissage de la tolérance et des efforts à mettre en œuvre pour être avec l'autre. Un lieu d'apprentissage, de création et de transmission du vivre ensemble, de conjuration de la violence est donc un enjeu central pour la culture. Rien de surprenant alors que les choix d'orientation professionnelle des enfants de familles d'accueil se dirigent vers le social ou la santé, tout comme leurs parents à elles étaient souvent des professionnels de ces champs-là. C'est un choix « naturel », tout au moins leur apparaît-il comme tel. Ce choix paraît évident non pas par l'intérêt intellectuel qu'il revêt mais par la transmission et l'appropriation des valeurs accompagnant le travail. **La vocation ne naît pas de nulle part, elle est déterminée par des valeurs transmises et que l'on s'approprie. Elle est le fruit d'une histoire¹¹⁴.**

Savoir-faire profane et savoir-faire de métier, ici, reposent sur des valeurs communes mais attribuent un statut différent au savoir et font une place diamétralement différente dans le travail à la technique. Quelles conséquences cela a-t-il sur la particularité la coopération? Que dire des prescriptions infirmières ? Que dire des positions défensives des

¹¹⁴ Cette idée nous amène à nous interroger sur les valeurs transmises actuellement dans les écoles de médecine, les instituts de formation en soins infirmiers, en psychologie et sur les mécanismes qui expliquent cette « panne », pour ne pas dire « extinction » des vocations soignantes, relevées par les acteurs de terrain. Quelles conséquences les nouvelles organisations de travail à l'hôpital ont-elles eu sur cette transmission des valeurs ? Ce sont là des questions politiques et sociétales insuffisamment soulevées ou mal, me semble-t-il.

soignants ? De quel collectif parle-t-on quand on cherche à penser le travail des familles d'accueil ?

V) La question du collectif.

Le collectif de travail joue un rôle fondamental en permettant de surmonter le déplaisir occasionné par la confrontation à l'échec et de subvertir la souffrance en plaisir puis la convertir en gain narcissique et identitaire. La souffrance ordinaire dans le travail fait donc l'objet d'un traitement à la fois singulier et collectif. Quand ces stratégies défensives sont mises en faillite, le traitement de la souffrance et le processus de transformation en plaisir sont empêchés. Les nouvelles organisations de travail, parce qu'elles génèrent et reposent sur une individualisation toujours accrue au travail, attaquent ces collectifs et fragilisent les individus en leur retirant la possibilité de se défendre de la souffrance au travail. Les études cliniques des stratégies défensives ont mis en lumière la part d'ambiguïté qu'elles recouvrent parce qu'elles reposent en partie sur des compromissions avec l'organisation du travail. Elles ont pour objectif de permettre la continuité du procès de travail. Elles ne sont donc jamais neutres d'un point de vue moral. La contradiction entre travail et valeurs morales est une source majeure de souffrance au travail. Sur ce point, la question de la servitude volontaire apparaît comme un chaînon important dans la compréhension de la souffrance éthique, en cause dans l'étiologie des décompensations psychopathologiques et des suicides.

Le collectif est un espace de reconnaissance. Tout le monde a besoin de reconnaissance, du regard de l'autre pour aller bien. La centralité du travail à l'égard de l'identité est aussi une centralité à l'égard de la santé. Ceux qui en sont privés, sont du même coup dans l'impossibilité d'apporter une contribution à l'organisation de travail et, à travers elle, à la société. La rétribution symbolique accordée par la reconnaissance provient du sens qui est donné au vécu du travail, le sens de la souffrance dans le travail. La construction du sens du travail par la reconnaissance, en gratifiant le sujet par rapport à ses attentes vis-à-vis de l'épanouissement de soi permet de subvertir la souffrance en plaisir. La plainte d'un manque de reconnaissance accompagne d'ailleurs les diverses formes d'expression de la souffrance pathogène au travail. Le collectif de travail soulage la charge psychique inhérente aux contraintes liées à l'organisation du travail. Mais la coopération implique un renoncement à une partie du potentiel subjectif individuel. Elle suppose le consentement à une auto-limitation de son action d'une part mais aussi à la mise en concertation de son action avec

celle de l'autre. La souffrance pathogène comme le plaisir au travail, les deux destins de la souffrance initiale dans le travail, dépendent donc de conditions collectives, sociales. Tout comme le travail est porteur d'une promesse d'accroissement de soi justifiant l'engagement total de la subjectivité, l'implication dans le collectif de travail s'appuie sur la promesse d'un soulagement de la souffrance inhérente au travail, voir du plaisir au travail et l'obtention de la reconnaissance.

Selon Damien Cru (2009), on parle de collectif au travail quand « plusieurs travailleurs concourent à une œuvre commune dans le respect des règles ».

Le collectif se distingue du groupe par la permanence de ses membres qui ont comme désir commun d'œuvrer pour le même objectif, de coopérer et d'accepter le risque de s'exposer au jugement des autres. Et si on s'en tient à cette première définition, **il semble que le groupe familial soit un collectif de travail**. Comme je l'ai déjà souligné, tous les membres de la famille élargie (incluant les grands parents et mêmes les amis et voisins) sont mis indirectement au travail autour du patient et sous la coordination de la personne embauchée par l'hôpital. Des amis ou des membres de la famille peuvent refuser d'avoir des contacts avec la patient et dans ce cas là, ils n'interviennent pas dans le travail mais à partir du moment où ils acceptent d'être en contact avec le patient, certaines règles s'appliquent également à eux.

Un collectif de travail est un groupe d'individus (internes ou externes à la structure) travaillant ensemble en vue d'atteindre un résultat donné, parfois dans un délai imparti, avec des moyens spécifiques. La mobilisation des travailleurs engagés dans le procès de travail crée un ensemble de savoirs particuliers, spécifiques au groupe (ou entité) qui les détient. Ces savoirs posent les règles du travail à partir duquel le travail peut être évalué. L'élaboration des règles de travail est permanente au fil de l'évolution du collectif de travail, leur transmission est assurée des anciens vers les jeunes en terme de techniques instrumentales, d'une « langue » commune, d'une éthique et de relations sociales propres au collectif de travail. Elles sont construites et validées dans et par la discussion portant sur le travail réel et qui se tient entre les membres fédérés qui constituent le collectif.

De ce point de vue, les règles de travail en A.F.T sont complexes car elles sont à l'articulation entre des règles de métier de professions hospitalières (principalement infirmières) et les règles de vie de la famille d'accueil. Si les règles de métier sont partagées

et reconnues par les travailleurs faisant le même métier, il en est tout autrement des règles de vie. Les règles de vie sont spécifiques à chaque famille et sont étroitement liées à celles qu'elles ont connues, qui se sont imposées à elles durant leur enfance et qu'elles transmettent, transformées à leurs enfants. Le patient doit respecter les règles de vie de la famille d'accueil et cette dernière doit les lui faire respecter, c'est une règle de travail en A.F.T. Si les règles de vie s'imposent dans et par la tradition familiale et culturelle, les règles de travail elles, sont une construction collective, soumise à une constante réévaluation au regard du réel quotidien et des particularités du patient accueilli. Au sein de la famille, les membres sont unis par des règles de vie qui orientent le vivre ensemble. **En A.F.T donc règles de travail et règles de vie sont liées.**

Lors des réunions mensuelles, les familles d'accueil échangent des opinions sur le travail et ce sont ces échanges qu'elles estiment formateurs d'une part parce qu'ils permettent la constitution d'un patrimoine commun, « un esprit » propre à l'U.T.A.F.A et d'autre part parce qu'ils leur permettent de ne pas être isolées chez elles, dans leur pratique. La multiplicité des situations empêche toute standardisation et toute « recette » mais le reconnaître ensemble rassure et justifie les libertés prises avec un modus operandi qui serait établi a priori. Il s'agit de trucs et d'astuces parfois transposables (comme par exemple mettre un tapis sous la chaise d'un patient présentant des « impatiences » importantes et liées à la prise régulière des neuroleptiques) mais souvent singuliers et conditionnés à une situation particulière. Cela leur permet toujours de comprendre que leur travail consiste à sans cesse « prendre des libertés » dans le quotidien avec les patients car si elles se contentent d'appliquer des consignes, les patients ne vont pas mieux et les problèmes auxquels elles se trouvent confrontés ne trouvent pas d'issue salutaire. Les arguments échangés lors des réunions mensuelles sont donc fonction autant de considérations techniques que de leurs goûts, de leurs propres habitudes de vie, de leur culture et leurs traditions, de leur âge, de leur sexe, de leurs antécédents médicaux (individuels et familiaux) et de ceux des autres membres du foyer. Il me semble que les traditions culturelles et familiales sont particulièrement importantes dans le dispositif et participent à ce que l'accueil tienne. Elles amènent les familles d'accueil à traiter d'une certaine manière les contradictions entre les valeurs morales et l'efficacité dans le domaine du Care. Ainsi la question du temps et de l'espace par exemple se posent différemment dans la culture marocaine ou dans la culture antillaise. Les espaces dédiés spécifiquement à l'accueil sont pensés différemment.

Ainsi Mme C. nous reçoit lors des V.A.D dans un espace au RDC différent de l'espace de vie, au sous-sol, de l'ensemble du groupe familial. Même si elle nous fait visiter ensuite, l'accueil des visiteurs se fait dans un vaste salon marocain dans lequel plusieurs sous-espaces se délimitent. Il y a un espace de l'accueil réservé aux membres de l'hôpital ou aux visiteurs et un espace de vie au sous-sol. L'espace de travail est donc divisé en deux : celui réservé à l'interface avec l'hôpital et celui de la vie quotidienne avec le patient. Pour comprendre cette délimitation des espaces il faut faire intervenir des facteurs culturels mais aussi les notions de stratégies défensives servant le travail. Ou encore un autre exemple, la « nonchalance » antillaise permet de prendre « son temps », et ainsi de réguler la pression de la prescription.

Si avant la mise en place de ces réunions, l'établissement de ces règles se faisait, ce n'était que dans le lien et par différence avec les professions hospitalières connexes, non à partir de la singularité du travail des familles d'accueil. Ainsi le travail concernant la prise de libertés et donc l'inventivité, la créativité de l'A.F.T ne pouvait exister que dans la clandestinité, sans ouvrir la voie à la dynamique de la reconnaissance. Tout écart par rapport à ce que l'U.T.A.F.A pouvait demander était alors vécu comme une transgression, du mauvais travail alors qu'en fait, c'est là que se loge le « bon boulot » et la dimension thérapeutique du travail d'accueil familial. Parce que la psychodynamique du travail s'intéresse au réel du travail des gens, non en termes de bonnes ou de mauvaises pratiques mais en tant qu'énigme, elle évite l'écueil d'une posture normative. La posture du clinicien ne peut s'entendre que dans la suspension du jugement moral plaqué à ces pratiques. Si au contraire, on se réfère au modèle de la psychothérapie, on ne peut entendre l'A.F.T que comme une « sous-psychothérapie », déniait ainsi le travail soignant de ces familles.

Ici le collectif de travail ne peut se penser que comme un collectif « articulé » et « à cheval » entre la sphère professionnelle et la sphère privée, dans l'articulation entre savoir institués et savoirs pratiques et culturels. Ou plutôt l'articulation de plusieurs collectifs autour du travail de soin : un collectif familial coordonné par la personne recrutée et un collectif hospitalier coordonné par l'U.T.A.F.A.

Le collectif se définit par les règles de métier qu'il construit et qui encadrent les activités de ses membres et que ces derniers sont en charge de faire respecter car sans règles communes, on ne peut pas parler de collectif. Et c'est cette partie-là qui est plus problématique dans la

clinique du travail des familles d'accueil. C'est plus délicat de définir la famille comme un collectif de travail. Peut-être peut-on penser la famille comme le collectif de travail prototypique à partir duquel les collectifs de métiers se déclinent et s'articulent. Peut-être alors faut-il entendre ce qui se passe dans les familles comme le « travail originaire » ? La famille comme un « collectif civilisateur » au sens du *Kulturarbeit*... **Cela nous amènerait à penser les rapports entre les membres d'une même famille, non pas seulement autour de la filiation et de la centralité de l'affect mais également en faisant intervenir une théorie du travail. Être une famille ne résulte pas d'une évidence mais est le fruit d'un travail vivant. La famille est aussi le terreau des apprentissages de la civilité ce qui soulève, à partir de ce travail sur le travail familial, des enjeux politiques et culturels. Le recours à la centralité du travail nous permettrait de penser la famille en psychanalyse d'une manière différente de celle des théories groupales d'inspiration psychanalytique.**

Pourquoi la famille soignerait plus que les soignants hospitaliers ? Évidemment, ce n'est pas en raison du statut de groupe qu'elle a mais sans doute en raison des solidarités, des règles de fonctionnement, de la transmission des valeurs et de la place accordée au corps et à la vie qui existent dans ce collectif si particulier qu'est la famille.

VI) Les voies de la coopération.

La « préoccupation soignante » est une construction psychique collective et complexe. Elle ne fait pas suite à l'immédiateté de la reconnaissance de la vulnérabilité de l'autre et de soi mais dépend de coordonnées collectives et d'un travail intrapsychique singulier (chapitre IV).

« La *coopération*, c'est autre chose que la coordination. Elle implique un remaniement *consensuel* de l'organisation prescrite. Pour cela, il faut à ceux qui s'efforcent de travailler ensemble dans un collectif ou une équipe, remanier la division des tâches et des hommes, en inventant des règles pratiques, admises et respectées par tous. (...) cela exige que s'établissent entre ceux qui travaillent des relations de *confiance*. C'est une activité de création d'accords et de règles sur la façon d' « interpréter » les ordres ou les prescriptions. (...) A cette activité de construction de règles (...), on donne le nom d'activité déontique. Il n'y a pas à proprement parler, de collectif que lorsqu'il y a des règles qui organisent l'activité commune. Sinon, ce n'est pas un collectif, c'est un groupe ou une foule, voire une masse. » (C. Dejours, 2014 a., p.26-27)

On distingue trois formes de coopération : la coopération verticale (avec la hiérarchie), la coopération horizontale (entre pairs) et la coopération transverse (avec les bénéficiaires de l'action).

1. La coopération verticale.

Elle suit deux voies : d'une part entre l'U.T.A.F.A et la famille d'accueil et d'autre part au sein de la famille d'accueil elle-même.

a) Avec l'U.T.A.F.A

Sans la coopération avec une équipe hospitalière dédiée, on ne parle pas d'Accueil Familial Thérapeutique. Son rôle est complexe car elle doit prendre en compte les dimensions du prescrit c'est-à-dire l'organisation formelle des tâches et la coopération verticale.

Certes, l'équipe de l'U.T.A.F.A est du côté de l'administratif (lancer des annonces de recrutement, procéder aux entretiens de recrutement, remplir les fiche d'évaluation, organiser les congés et les remplacements, établir les fiches mensuelles faisant figurer les présences des patients au domicile des familles d'accueil etc.) mais pas seulement. Elle représente aussi une autorité permettant à la famille d'accueil de travailler, de se guider dans le travail au domicile.

a.1) Des éclairages cliniques.

Accueillir un étranger, psychotique de surcroît, chez soi au quotidien n'est pas chose facile. Stabilisés, ces patients sont en hospitalisation libre. Ils sont participants du projet. Pour autant, ils ne sont souvent pas en mesure d'expliquer comment se traduit au quotidien leur maladie. Pour faire la part des choses entre ce qui ressort du « caractère » et de la « pathologie », c'est donc vers l'U.T.A.F.A et plus précisément vers la psychologue que les familles d'accueil se tournent. Si d'emblée les éléments sémiologiques ne sont pas donnés aux familles d'accueil, ils ne leur sont pas pour autant refusés. L'art étant de traduire les termes scientifiques afin qu'ils prennent sens pour les familles d'accueil. Ainsi on ne parle pas de clinophilie mais de tendance à rester couché toute la journée, non pas d'incurie mais de difficultés dans l'hygiène quotidienne... c'est une fonction importante des entretiens mensuels avec la psychologue que de « catégoriser le réel » quotidien énigmatique. Si elles comprennent assez vite qu'il n'est pas question de fainéantise ou de quelconque tare morale, elles restent en difficulté pour comprendre pourquoi malgré leur bonne volonté, si peu de choses changent et si lentement...

Pour autant, le travail de famille d'accueil n'est pas d'effectuer un repérage de l'évolution des symptômes, ce qui peut appartenir au travail des soignants des services d'intra-hospitaliers. Si le patient est en hospitalisation libre d'un point de vue administratif, on ne parle pas d'hospitalisation pour caractériser la prise en charge en famille d'accueil afin de limiter les confusions et pour maintenir le « travailler » spécifique de l'A.F.T au centre de la manière de penser l'action thérapeutique des familles d'accueil (ce qui ne serait pas possible si on parlait d'hospitalisation à domicile). Quand une hospitalisation est nécessaire, elle ne se fait jamais au domicile de la famille d'accueil.

a.2) Un travail sur le travail.

Je ne m'attarderai pas sur cette partie déjà développée en deuxième chapitre de la thèse (pp128-132).

a.3) L'idéal de soin en famille d'accueil.

En psychiatrie, il n'est pas possible de penser le travail en termes d'objectifs posés comme des idéaux à atteindre. Stabilisés, les patients restent imprévisibles et une rechute n'est jamais exclue, même si le traitement est pris. Il n'y a donc pas de profils de patients ni de projets idéaux. Tout projet se construit dans l'interaction quotidienne et dans l'élaboration du placement, au fur et à mesure. Si certains objectifs à court (comme se laver), moyen (se laver tous les jours ou tous les deux jours sans stimulation journalière ou accompagnement de la famille d'accueil) ou à long terme (intégrer un autre mode d'hébergement comme un foyer ou un appartement) peuvent être formulés, ils ne sont jamais des buts ultimes qui orienteraient le travail sur un axe réussite/échec. On ne parle pas d'échec de la prise en charge en famille d'accueil. Tout temps passé hors de l'hôpital est du temps gagné - même en cas de retour à l'hôpital - car il peut étayer un autre temps futur de prise en charge en famille d'accueil. « *On travaille avec ce qu'on est et on fait ce qu'on peut* ». Il s'agit avant tout d'initier un « *mouvement* », « *transformer* » quelque chose qu'il est bien difficile de définir. **Il y a donc bien un progrès pensable en psychiatrie mais ce progrès est inévitablement indexé à des valeurs ; les valeurs de vie du patient mais également celle de la famille d'accueil et celles des différents autres soignants qui gravitent autour du patient (psychiatre, psychologue, infirmiers etc.).**

Ce travail est en contradiction avec toute approche normative de la santé (même si elle s'appuie sur la création d'habitudes quotidiennes) visant une quelconque guérison. L'impossibilité de guérir le patient est même posée en préalable à l'accueil. Il ne s'agit pas de lisser le comportement des patients ou leur allure. Il ne s'agit pas non plus de leur inculquer de « *bonnes manières* » ou de faire « *d'eux quelqu'un de bien* » mais les accompagner dans un parcours de vie qui leur permettra peut-être de reprendre une place dans la vie sociale et dans la Cité.

C'est bien parce que tous les patients sont malades, que leur maladie les empêche de vivre seuls qu'ils sont en famille d'accueil. L'accueil familial thérapeutique est sous-tendu par une certaine vision d'un sujet souffrant et par la certitude que le quotidien de ces patients peut nous donner à voir le sens que revêt la maladie. **Il est donc sous-tendu par une certaine conception du soin en psychiatrie entendu comme la quête de l'aliénation la plus minimale possible.** L'ensemble des partenaires (familles d'accueil et U.T.A.F.A) partagent une même conception implicite de la psychiatrie et de ses valeurs.

Le travail autour des activités quotidiennes, loin d'être annexes ou secondaires représente la voie privilégiée du rétablissement. La voie d'une désaliénation et d'une émancipation. La conviction en la dimension signifiante du quotidien croise la doctrine psychanalytique. L'A.F.T. s'appuie sur une forme de « psychopathologie de la vie quotidienne ». Dans une telle perspective, la validité, la légitimité, le succès et l'échec de ces prises en charge ne peuvent pas s'apprécier en regard à des résultats prétendument objectifs. Comment mesurer la liberté ou l'autonomie subjective ?

Le résultat ou la visée se construisent autrement : par l'engagement continu dans le placement, par le maintien d'une dynamique de pensée sans cesse ajustée aux mouvements du quotidien c'est-à-dire la lutte constante contre les enfermements, y compris en pensée. Il n'est pas rare de prendre une décision le lundi et de devoir prendre la direction opposée le jeudi... sans pour cela que cela remette en cause la validité et la légitimité de ce qui avait été décidé avant.

Loin d'être un idéal qui orienterait la définition du travail dans une orientation fixiste et idéologique, le soin est donc avant tout une pratique, toujours en mouvement.

a.4) Les arbitrages ?

La coopération verticale correspond à la coopération hiérarchique. Si les accords entre les membres d'un collectif sont importants, ils sont loin toujours d'aboutir à des consensus stabilisés. Il y a donc nécessité d'arbitrer pour stabiliser l'organisation de travail. Mais ces arbitrages ne sont reconnus que comme légitimes que lorsqu'ils sont prononcés par rapport à une connaissance du réel du travail.

La vie quotidienne en commun suppose des compromis permanents, ce que nos patients sont rarement en mesure de faire. Pourtant le vivre ensemble ne peut se faire qu'à cette condition. C'est alors une des fonctions de l'U.T.A.F.A, surtout des infirmières, que d'établir en V.A.D ces compromis et de veiller à les faire respecter. A leur tour, les familles d'accueil sont en charge d'en établir avec le reste des membres du foyer.

Si des difficultés se présentent dans la possibilité de maintenir le compromis de vie avec le patient, l'accueillante peut alors s'appuyer sur les infirmières puis sur la psychologue et enfin sur le médecin. Le travail institutionnel de l'U.T.A.F.A consiste donc essentiellement à penser les conditions de maintien de cette vie en commun.

Par son retrait vis-à-vis du quotidien du placement, le médecin se trouve en place d'autorité et d'arbitrages si tous les relais de l'autorité n'ont pu aboutir avant. C'est lui qui entérine les choix de poursuite ou de fin de placement. L'autorité est donc partagée avec ceux qui suivent le placement, c'est-à-dire la psychologue et les infirmières.

L'accueillante familiale se doit donc d'incarner l'autorité au sein du foyer, vis-à-vis du patient mais aussi vis à vis de ses proches quand ces derniers entrent en relation avec le patient. C'est elle qui se voit en responsabilité de maintenir les conditions du vivre-ensemble ou de signaler ce qui l'empêche à l'U.T.A.F.A. Vis-à-vis du patient, ces femmes incarnent donc l'autorité ce qui n'est pas le cas la plupart du temps au sein du foyer.

On pourrait alors en conclure que ce travail, en offrant une voie d'émancipation à ces femmes face aux assignations sociales de genre, peut représenter une voie de subversion des rapports de domination au sein des familles¹¹⁵.

¹¹⁵ C'est peut-être même la partie la partie essentielle de leur motivation à candidater à cette fonction ?...

b) Autorité et confiance, la coopération verticale dans la famille.

Au sein de la famille, c'est l'accueillant, très souvent la mère de famille donc, qui est en charge de la mise en place de la coopération verticale et qui incarne l'autorité auprès du patient.

Dans un contact rapproché, intime et quotidien avec les patients, les familles d'accueil thérapeutiques disent avoir souvent du mal à déterminer ce qui est de l'ordre de la maladie, de l'éducation et du caractère. En l'absence de connaissances scientifiques, de formation professionnelle sur la maladie mentale et en raison d'une singulière proximité avec ces patients, elles sont souvent en demande d'éclairages concernant des situations précises pour essayer de déterminer où se situent les limites, comment se phénoménalisent la folie, la maladie et le handicap. **C'est un adage bien connu et repris par les soignants de psychiatrie mais dénié par les familles d'accueil : il faut être un peu fou soi-même pour vouloir et pouvoir bien s'occuper de ceux qu'on appelle les fous. La mise à distance de la folie et de la peur qu'elle génère, elles l'obtiennent paradoxalement par un rapprochement avec la vulnérabilité supposée des patients qu'on leur confie et qu'elles peuvent partager avec lui d'une part mais aussi à partir de règles de vie et l'établissement de « limites » structurant le quotidien.**

Il ne s'agit en effet pas de faire preuve de « bonté d'âme » mais de faire un travail dont l'objectif est de (re)structurer une vie quotidienne, une action et une pensée des patients que la maladie est venue désorganiser. Dans ce cadre, les infirmières de l'U.T.A.F.A établissent un certain nombre de prescriptions faites au patient, et que la famille est en charge de faire appliquer et respecter. Elles coordonnent donc ce travail de « structuration de la vie » dans la famille. Elles relaient ainsi un certain nombre de règles établies par l'U.T.A.F.A (comme par exemple ne pas garder ni son briquet ni ses cigarettes dans sa chambre le soir), règles établies afin de mettre en place des conditions de sécurité protégeant tous les membres du foyer mais en plus, elles les complètent par leurs propres règles de vie commune qui codifient le vivre ensemble de la famille. Ces règles-là sont d'une part héritées de leur propre famille et d'autre part modifiées, transformées, déformées par le réel du quotidien et les règles apportées par l'autre, le conjoint.

Les règles de vie d'une famille sont le fruit d'une transmission culturelle et intergénérationnelle transformée par l'autre dans la rencontre amoureuse.

Ces règles ont une double fonction : à la fois intégrer le patient à la vie de la maison en l'associant, par le travail domestique, à la vie commune (heures des repas communs, mettre la table pour tous et la desservir avec d'autres membres de la famille par exemple) mais aussi, dans le même temps, maintenir la place fondamentalement hétérogène du patient par rapport au groupe familial et maintenir la différence entre le malade et les non-malades. Elles intègrent le patient à la famille mais en maintenant sa non -appartenance au groupe. Le patient reste un étranger chez elles qui a besoin d'être pris en charge, qui nécessite des soins et une attention tout à fait singulière et spécifique. C'est une condition du travail bien fait.

Ces règles sont édictées pour prescrire des tâches que le patient doit progressivement faire seul. Elles doivent pour cela faire respecter et incarner une forme d'autorité qui peut s'appuyer sur celle des soignants hospitaliers : *« ils nous écoutent plus quand on dit qu'on va appeler l'U.T.A.F.A », « l'U.T.A.F.A est un alibi pour les faire participer »*. Ce travail d'autonomisation dans la vie quotidienne nécessite la mise en place d'une coopération transverse (voir plus loin) mais aussi que les familles d'accueil les laissent faire seuls ces tâches... et accepter que cela ne soit pas réalisé exactement comme elles auraient aimé que ce soit fait. Tout comme cela s'est passé pour elles dans leurs propres familles : *« on fait comme nos mères nous ont appris... même si on ne fait jamais tout à fait pareil »*.

La confiance est donc centrale dans le travail relationnel qui est fait avec le patient. Pourtant, cette confiance n'est pas « donnée », elle est le fruit d'une construction car les patients *« testent »* et *« manipulent »*, font preuve de *« malice »*. Elle est centrale car elle conditionne la possibilité même de l'accueil, puis de la rencontre singulière et la dimension thérapeutique de ce travail. Par ailleurs, la confiance entre la famille d'accueil et le patient est liée à celle de la confiance entre collègues hospitaliers, entre les membres de la famille, entre les hospitaliers et la famille d'accueil et au sein même du colloque singulier.

La coopération verticale dans le travail d'A.F.T emprunte donc deux voies articulées entre elle autour de la personne embauchée par l'hôpital. Elle est en cause dans les conditions de sécurité et la prévention d'une émergence destructrice de la violence. L'autorité est collective, partagée tout comme la responsabilité.

c) La responsabilité collective.

Prendre en charge renvoie inévitablement à la responsabilité de ceux qui organisent et assurent cette prise en charge. En accueil familial thérapeutique, la responsabilité est répartie collectivement. Le seul médecin n'est pas responsable du placement. **S'il est responsable de l'unité, il n'est pas seul responsable de l'ensemble des décisions prises. Le simple fait de travailler avec des familles d'accueil, certes embauchées par l'hôpital mais travaillant chez elle, dans leur espace privé et en associant les membres de leur foyer implique une définition élargie de la responsabilité. L'U.T.A.F.A est un service hospitalier de consultation, il n'y a donc personne les week-ends, jours fériés et les soirs passé 17h00. De ce fait, les familles d'accueil sont souvent contraintes de prendre des décisions dont elles doivent assumer la responsabilité.**

Prise à partir de valeurs communes, cette décision sera assumée par l'équipe comme si elle l'avait prise elle-même. La réciproque est demandée aux familles d'accueil. Ainsi elles doivent faire respecter l'application de décisions prises en concertation.

Si des « secteurs » de responsabilité vis-à-vis du patient sont dévolus à certains et pas à d'autres (comme par exemple la question de l'argent aux infirmières, la question de la vêtue aux familles d'accueil), la responsabilité de la qualité du placement est partagée à plusieurs, chacun de sa place y compris le patient (cf coopération transverse). C'est une responsabilité portée par un collectif élargi, engagé autour d'un patient et constitué par la famille d'accueil et des hospitaliers qui mettent en place les conditions nécessaires au placement. Ainsi, dans ce collectif élargi intervient également le psychiatre prescripteur mais aussi les équipes des structures de jour accueillant le patient et même les unités de secteur (par exemple, elles ne décideront pas de l'hospitalisation d'un patient sans en avoir parlé avec l'U.T.A.F.A, interface entre les unités de soins et la famille d'accueil) et enfin l'administration de l'hôpital (par la confiance accordée dans le travail et le respect de l'autonomie du travail de l'unité).

Ce que nous apprend le placement familial c'est qu'au travail, un réseau de responsabilité s'insère dans un autre.

La responsabilité de l'U.T.A.F.A ne vise pas seulement le patient accueilli mais également la famille d'accueil. L'U.T.A.F.A se doit de faire attention et « prendre soin » des familles d'accueil donc d'être vigilante à leur santé. C'est, il me semble, une obligation éthique, morale mais aussi une condition garantissant la qualité de l'accueil, le travail bien fait. C'est à ces conditions que les familles d'accueil peuvent travailler en

sécurité. La sécurité en psychiatrie ne procède pas de l'enfermement des patients mais de la solidité du travail collectif, du temps accordé à penser le sens de ce qu'on fait et du maintien nécessaire de la liberté au centre du dispositif, comme valeur inaliénable. Mais aussi de la relation de confiance non seulement entre les familles d'accueil et l'U.T.A.F.A, entre les patients et la famille d'accueil, les patients et l'U.T.A.F.A. Confiance qui est elle-même dépendante de la confiance construite entre les équipes soignantes consœurs de l'U.T.A.F.A et celle construite avec l'administration de l'hôpital. La confiance représente donc à la fois un critère de qualité du travail en psychiatrie mais également un levier essentiel dans la sécurité au travail en psychiatrie et un enjeu politique¹¹⁶.

Les familles d'accueil sont des gens ordinaires accueillant sans autre garantie que la parole des soignants hospitaliers, des patients de psychiatrie.

Mais peut-être que pour que cela soit thérapeutique, il faut donner mettre à jour le sens à ce qui est fait... et cela ne peut se faire sans l'autonomie de l'équipe soignante dédiée. Maintenir au centre du travail la question du sens permet à ces soignants de tenir face aux nouvelles organisations du travail. Il me semble que cela peut-être une forme de défense subversive du travail soignant, fût-ce au prix d'une sous-traitance du care. L'U.T.A.F.A se trouve face à la responsabilité du travail bien fait en psychiatrie, elle est soumise à une responsabilité vis-à-vis de ses pairs à l'hôpital.

d) La coopération verticale défensive ?

La proximité, l'articulation et les zones de partage entre le travail des soignants hospitaliers, en particulier des infirmières et celui des familles d'accueil amène inévitablement à se poser la question de l'existence de stratégies défensives également partagées.

Les familles d'accueil reçoivent par délégation infirmière certaines de leurs attributions et se voient confrontées à des difficultés similaires aux leurs. Comme elles, elles font une forme de travail de soin, en dehors de toute technicité mais face aux mêmes patients, à partir de contraintes organisationnelles et morales différentes. D'une certaine manière, elles prennent

¹¹⁶ En voulant donner un tournant sécuritaire à la psychiatrie, les dernières politiques n'ont fait qu'accroître la méfiance, non la confiance en psychiatrie. On sait par ailleurs que la méfiance, loin de mettre en sécurité ou de protéger d'un danger, expose au contraire davantage au danger en psychiatrie.

une place dans une organisation soignante mais à partir de leur domicile, en dehors de l'organisation hospitalière avec laquelle elles ont néanmoins à composer.

Le travail de soignant amène à se confronter au corps malade marqué par la maladie et aux souffrances psychologiques et physiques des patients. Cette confrontation suscite à la fois angoisse, dégoût, peur etc. Il y a donc dans le travail des familles d'accueil, une partie dévolue à la défense de cette souffrance occasionnée par la confrontation au réel de la psychose.

Comme l'a montré P. Molinier (2003, op. cit.), la « compassion » n'est pas naturelle mais le fruit d'un travail. La naturalité des qualités des infirmières n'est pas la réalité mais un effet du travail qui a pour but sa propre invisibilisation. Les infirmières adoptent des stratégies de « domestication » du réel impliquant une mise en partage des vécus affectifs entre les membres du collectif. Selon P. Molinier, la compassion est une défense engendrée par le travail de soin et effectivement, c'est une stratégie commune avec les infirmières. Mais quand les infirmières rentrent chez elles et peuvent souffler, les familles d'accueil, elles ne passent pas à « *un temps sans le patient* ». Si pour les infirmières en psychiatrie, il est difficile de séparer clairement le temps hors-travail du temps de travail, cette séparation devient caduque en ce qui concerne les familles d'accueil. Le patient vit chez elles et c'est dans les temps de vie familiale que le travail des familles d'accueil se fait.

De ce fait, l'essentiel de la coopération défensive se fait donc essentiellement au sein du groupe familial dont les membres sont investis comme pairs, vis-à-vis de l'équipe hospitalière. Si coopération défensive il y a, elle se joue au sein de la famille. Elle vise la préservation d'un espace de vie privée et l'autonomie vis-à-vis de l'équipe dédiée, et des infirmières, incarnant à la fois l'hôpital et des femmes investies d'une autorité dans le travail leur permettant de pénétrer l'espace familial pour y réaliser des prescriptions de vie.

Pour les familles d'accueil, c'est un enjeu de préservation de soi que de maintenir une barrière vis-à-vis de l'intrusion du prescrit dans la vie quotidienne. C'est autour de cette barrière symbolique que vient se constituer la séparation entre l'espace de travail et l'espace privé. Pour rester une famille et ne pas se réduire à devenir un théâtre de prise en charge soignante, elles doivent conserver une certaine cohésion face non seulement à la psychose du patient et qui attaque les liens intersubjectifs mais aussi face à l'hôpital qui pénètre le fonctionnement

intime du foyer, avec inévitablement des implications sur la qualité des liens intersubjectifs unissant les membres du foyer, avec tous les enjeux liés à la domination innervant l'ensemble du processus. Les infirmières sont celles qui, entre dans le domicile et incarnent une autorité dans le travail. Mais ces accueillantes doivent pourtant conserver l'autorité chez elles (et l'articuler à celle du mari). Si les infirmières sont celles « supposées savoir », les accueillantes familiales doivent au final rester celles qui « décident chez elles ».

Radicalisées, ces coopérations défensives peuvent toutefois aboutir à une rupture de la communication et des relations de travail avec l'UTAF.

e) Conjuration de la violence et coopération verticale en A.F.T.

L'échec de la coopération verticale en A.F.T se signe par un arrêt ou des distorsions importantes dans la communication entre l'U.T.A.F.A et la famille d'accueil mais également au sein de la famille elle-même. Rien ne se dit plus, il ne faut pas aborder certains sujets en entretien comme en V.A.D. J'ai pu faire l'expérience de la reconstitution d'une enclave totalitaire dans et à partir du groupe familial (dans la sphère privée des familles d'accueil et donc en dehors de l'accès aux hospitaliers), terrain alors de maltraitances et de violences, où la maladie du patient n'est plus reconnue. C'est ce que Denise Jodelet, a mis au jour à Ainay-le-Château en postulant ce fonctionnement comme général, commun voir même banal. Pierre Sans l'a relevé comme étant un écueil *possible* de l'A.F.T.

Je pose comme hypothèse que d'une part, ces fonctionnements familiaux et de travail aux allures totalitaires sont rares quand la question du travail est maintenue au centre des pratiques et d'autre part (et ce n'est pas paradoxal) que cette violence se trouve dans chaque famille, qu'elle est sublimée par le travail familial. Le fonctionnement d'une famille n'est pas naturel mais s'éclaire à la lumière de la centralité du travail.

Mme E. a accueilli pendant plusieurs années Florent et Anatole, désormais accueillis chez Mme B. (voir vignettes plus haut). Elle travaille depuis plusieurs années avec l'U.T.A.F.A. quand j'y prends mes fonctions. Elle parle peu et on a du mal à la comprendre. Mme E. est

d'origine maghrébine, mariée, mère de cinq enfants et parle peu le français. Elle ne l'écrit pas et le lit difficilement. Son mari travaille de nuit. Je ne l'ai jamais rencontré mais il m'est décrit par l'équipe infirmière comme quelqu'un de froid, rigide, peu sympathique et voir violent parfois (verbalement en présence des infirmières). Ils vivent à proximité de l'hôpital. Trois enfants sont encore au domicile dont le fils aîné qui ressemble beaucoup à son père me dit-on. Mme E. a eu peu d'expériences professionnelles et pas d'activités hors du foyer. Selon les dires des infirmières, elle n'a « *pas la vie facile* », ce qui lui vaut le soutien moral de ces dernières. Selon elles toujours, Mme E. fait beaucoup d'effort. En tout cas elle fait de son mieux pour ménager un accueil correct aux patients.

Quand je la rencontre en 2007, je rencontre de grosses difficultés à travailler avec elle. Elle me dit ne rien avoir à me dire au sujet de son travail, ce qui au début ne me surprend pas... étant donné que c'est le cas dans de nombreux placements au démarrage du travail. Elle dit seulement de son travail qu'il consisterait à « *faire passer de mauvaises habitudes* » aux patients et d'en « *faire des gens bien* ». Mme E n'a pas seulement rien à me dire, elle ne me dit rien de ce qu'elle fait chez elle avec les patients et manifeste des signes d'agressivité contenue à mon égard dès le départ. A vrai dire, je n'ai jamais réussi à mettre en place une relation de confiance et d'échange en entretien. Elle ne participe pas à la discussion ou me donne des réponses expéditives, pour couper court. Elle ne donne rien comme matériel de travail commun lors des entretiens. Le contact me semble peu authentique, purement formel. Elle estime ne pas avoir à me dire quoi que ce soit car « elle parle avec Marie-Françoise¹¹⁷ ». Bref, elle ne m'accorde aucune légitimité et aucun crédit dans le travail qui serait à faire ensemble. Elle estime même ne pas avoir à travailler avec quelqu'un d'autre que Marie-Françoise. Cette agressivité ou cette défiance se durcit au fil des mois sans que je n'en comprenne grand-chose et en me mettant très mal à l'aise car je me demande bien quel est le mandat justifiant nos rencontres régulières. En V.A.D, selon l'infirmière « *tout va bien* » car Mme E « *l'aime bien* » me dit-elle. Ce qui était à peine sous entendu, c'est que c'est moi qui étais en cause parce que selon elle, je ne savais pas m'y prendre soit parce que je « *devais certainement lui renvoyer quelques chose d'intolérable* » ou alors « *parce que j'employais sans doute des mots trop compliqués* »... bref en somme, tout n'était ici qu'histoire de personnes ou alors de transfert (au mieux !) et rien ne devait être interrogé dans le fonctionnement de la famille, du placement lui-même ou du côté du travail à mener avec les

¹¹⁷ Prénom de l'une des deux infirmières.

familles d'accueil c'est-à-dire dans l'organisation du travail. Le travail ne devait pas être un objet à discuter dans les entretiens.

J'ai donc en général proposé puis demandé à ce que l'infirmière participe aux entretiens mais rien ne s'est dit pour autant. La situation même d'entretien est alors mise en cause : Mme E devait être impressionnée par la « disposition du bureau » et l'allure trop protocolaire de la rencontre ! On m'a demandé de changer les meubles de place... évidemment rien y a fait. Tout comme tous les ajustements de la rencontre que je pouvais imaginer. J'ai alors évoqué l'idée de supprimer les entretiens. Ma présence en V.A.D n'étant pas souhaitée, la situation était bloquée. Les entretiens se sont tout de même poursuivis un temps, sans que je sois convaincue de leur pertinence dans une telle situation.

A deux reprises, j'ai dû mettre un terme aux entretiens de Mme E en raison de son agressivité. Je lui demandais alors d'accompagner le patient, Florent chez son médecin généraliste en raison d'un zona persistant ce qu'elle a refusé catégoriquement de faire me répondant que si je connais mon travail, elle « *connait le sien donc je n'ai rien à lui demander ni à lui dire* » puis continuant en disant qu'elle n'allait pas retourner sans cesse chez le médecin, qu'elle devait s'occuper de sa propre famille.

Parallèlement à cela, je témoignais dans nos réunions d'équipe de plaintes de Florent à l'encontre de Mr E, le mari de Mme. Quand il rentrait de l'hôpital de jour, il devait aller directement dans sa chambre sans plus en sortir avant l'heure du repas. Mr E. tenait à son égard des propos méprisant et humiliant : il ne savait « *rien faire* », ne « *servait à rien* » et était un « *bon à rien* », et un « *fainéant* ». On m'avait alors répondu que Florent, discordant ne devait pas parler de Mr E. mais de son père biologique décédé il y a plusieurs années alors qu'il était en vacances. Ce père biologique tenait effectivement des propos de cette teneur envers Florent. Il était violent verbalement et physiquement. Florent n'avait appris son décès, dissimulé par sa mère, qu'à son retour de vacances. Les obsèques étaient terminées et depuis, Florent se demandait de manière répétée si son père était bien mort et s'il l'était définitivement.

En même temps, l'infirmière confirmait la brutalité de Mr E. car elle en avait été témoin notamment à l'égard de sa femme. Elle avait alors « *interdit à Mr E de parler directement aux patients* ». Il devait passer par sa femme car selon elle, il « *ne savait pas faire* ».

On ne voulait pas entendre la violence manifestée à l'encontre de Florent tout comme on doutait de l'agressivité de Mme E à mon égard. Florent était discordant, les rapports très distendus qu'il entretenait avec la réalité invalidaient la véracité de ses propos. Il ne « *savait pas dire* » et moi, j'étais nouvelle donc je ne « *savais pas faire* »... En somme ce qui se passait au domicile ne pouvait être que de l'ordre du secret d'initié auquel ni le patient ni moi n'appartenions. La violence en entretien et celle vécue au domicile par le patient faisaient l'objet d'un déni tout aussi violent. Si les choses étaient entendues entre l'infirmière et l'accueillante, elles ne devaient pas faire l'objet d'un traitement quelconque ni du côté du patient ni du mien. Comme ce placement ne « *faisait pas de bruit* », ça se passait bien... donc l'interprétation des plaintes du patient et du psychologue devaient faire l'économie de toute prise en considération du rôle joué par l'organisation du travail et de la centralité du travail psychique. Qu'on interprète les faits à partir des symptômes ou de la folie du patient ou que l'on renvoie l'échec au seul psychologue, l'essentiel était préservé : on n'interrogeait pas le travail et on ne considérait pas l'A.F.T. comme un travail.

Refusant de me laisser insulter en entretiens par Mme E., j'arrêtai les entretiens et le médecin prit le relai avec l'infirmière référente du placement. Et cela a tenu, quelques temps... Mais alors que Mme E. était convoquée en raison d'un geste violent de son fils aîné sur Florent, elle s'est montrée menaçante, insultante et agressive (y compris physiquement) envers l'infirmière (qui pourtant ne cessait de la soutenir) et le médecin. La sécurité a dû intervenir, les placements ont pris fin brutalement. Le second patient qui vivait chez elle et qui lui fut retiré en même temps, dira plusieurs mois après qu'il voyait bien ce qu'il se passait mais ne disait rien... tant qu'on ne s'en prenait pas à lui. La coopération avec les patients s'était aussi fragilisée par le constat de la non-intervention de l'équipe au domicile. L'infirmière a refusé de se rendre au domicile récupérer les affaires des patients. Pendant de longs mois, Mme E. a refusé de rendre aux patients leurs affaires personnelles nécessitant ainsi l'intervention de la justice.

L'organisation de travail fonctionnait sur le déni de la centralité du travail, déni partagé et entretenu entre les soignants hospitaliers et la famille évitant le traitement de la violence. La violence régnait déjà au sein de la famille. Comme elle ne faisait pas l'objet d'un traitement, d'un **travail de conjuration de la violence**, elle s'est sans doute reportée de manière défensive vers le patient le « *plus handicapé des deux* », en tout cas le plus dépendant de l'autre dans sa vie quotidienne. Par leur consentement à mettre le travail en périphérie de

l'analyse de la situation d'A.F.T, les soignants hospitaliers, eux-mêmes, se sont rendus complices (voir même ont organisé) la violence exercée à l'encontre de Florent. A partir de la clinique du travail, on peut alors poser de nouvelles hypothèses sur ce que l'on nomme le harcèlement familial¹¹⁸.

Dans ce cas précis, prises dans une stratégie collective de défense radicalisée face à la domination subie par Mme E. dans l'espace familial et dans le déni de la part active qu'elle pouvait prendre, l'équipe hospitalière s'est trouvée en place de collaborateur d'une situation de harcèlement à l'encontre du patient qu'elles devaient pourtant protéger. Le travail n'était plus dirigé vers l'émancipation mais bien dans le renforcement et le redoublement de l'aliénation. On peut faire l'hypothèse que le travail, ici loin de reposer sur une coopération reposait en fait sur des logiques d'emprise déployées à partir de mécanismes d'alliance par exclusion. Le travail, réclamé lors des entretiens, devenait dangereux pour l'économie intrapsychique de l'accueillante. Il devait être empêché au risque sinon de menacer les digues intrapsychiques. Le moment du passage à l'acte hétéro-agressif envers l'infirmière et le médecin signant la fin de l'accueil doit être alors interprété en ce sens : non pas juste le fruit d'un déséquilibre intrapsychique à référer aux questions privées et singulières mais comme un problème de travail en A.F.T.

Ce que Denise Jodelet (1989, op. cit.) avait identifié comme un fonctionnement normal des groupes (l'exclusion de l'autre différent en vue de défendre la cohésion et l'identité), nous pouvons l'analyser à partir de la psychodynamique du travail comme une distorsion du travail familial non seulement dans la dynamique de coopération verticale (Denise Jodelet avait noté ce point) mais qui alors se soutient de troubles dans la dynamique de la coopération horizontale, c'est-à-dire entre les membres d'une même famille ; dimension non traitée par Denise Jodelet en raison de l'absence d'une théorie du travail dans son analyse du fonctionnement d'Ainay-le-Château.

¹¹⁸ Et même sur le harcèlement à l'école qui connaît ces derniers temps des issues, malheureusement de plus en plus dramatiques : immolations, suicides d'enfants mettant en cause des situations de harcèlement à l'école et dans lequel les adultes enseignants et directeurs d'école ont une part de responsabilité majeure en en déniaient jusqu'à l'existence.

2. La coopération horizontale.

Si on considère que le travail des familles d'accueil se fait essentiellement au sein de la famille, cela nous pousse à distinguer deux formes de coopération horizontale : entre les familles d'accueil et au sein de la famille, entre les membres de la famille. La première forme ne s'est développée à vrai dire que récemment, à partir de la mise en place des groupes mensuels. Nous avons déjà développé ce point plus haut. Je peux déjà pointer le fait que cette mise en place d'un « réseau » de familles d'accueil a permis l'émergence de solidarités, de partages qui, me semble-t-il, les soutiennent beaucoup.

Au sein du foyer les personnes embauchées par l'hôpital assurent un rôle d'autorité et assument la responsabilité du travail réalisé au domicile. Elles doivent coordonner le travail qui se fait au domicile, par le collectif formé par les membres de la famille¹¹⁹ et le patient. L'essentiel des tâches demandées aux familles d'accueil se font dans ce cadre familial, en dehors de la présence et du regard des hospitaliers. Dans la réalisation de ces tâches, elles sont confrontées au handicap lié à la psychose. Pour y faire face et surmonter les épreuves que cette particularité du réel imposent, elles se reposent sur les membres du foyer qui prennent la place de relai (par exemple, quand Mme C. doit sortir donner des cours d'alphabétisation, voir s'absenter plusieurs jours, elles « *confient ses patients* » à sa fille aînée), d'aidant, de soutien voir se voient attribuer des rôles et des fonctions particulières auprès du patient (par exemple le mari d'une famille d'accueil s'était vu délégué le travail sur l'hygiène corporelle du patient accueilli par sa femme). Tous contribuent directement ou indirectement au procès de travail. Ainsi l' « occupation du patient défensive »¹²⁰ peut se voir confié à un des membres de la famille, même un enfant. La charge psychique générée par la situation d'accueil peut se trouver ainsi diffractée sur plusieurs membres du collectif familial, ce qui protège autant les individus que le collectif familial. Le travail au sein de l'espace privé peut constituer une brèche fragilisant l'ensemble. Il est nécessaire de protéger un espace privé du travail et donc des contraintes de l'organisation hospitalière (et principalement face aux infirmières en charge de la coordination du travail de l'équipe institutionnelle hospitalière et de la famille).

La coopération est volontaire et repose sur l'engagement des sujets au travail. Dans le même temps, il faut qu'il y ait coopération pour qu'il y ait un collectif, une mobilisation et un engagement des travailleurs. Pour autant, la coopération n'est jamais spontanée. Elle résulte

¹¹⁹ Dans un sens élargi : nous pouvons aussi y inclure les grands-parents et même les amis proches, le voisin.

¹²⁰ Voir la partie consacrée au « réel du travail ».

des contraintes imposées par l'organisation du travail. La coopération est toujours une construction contingente aux contraintes matérielles et sociales de l'organisation du travail.

La clinique du travail des familles d'accueil pose ici une première difficulté : si quand une personne postule au poste de « famille d'accueil » (car c'est l'intitulé figurant sur les annonces de postes vacants) auprès de l'U.T.A.F.A et que nous vérifions que l'ensemble du groupe familial est bien informé du « projet » du postulant, il n'est pas évident de dire que dans cette entreprise, tous les membres de la famille sont volontaires. Les enfants en particulier participent au travail d'A.F.T mais ce n'est qu'en raison du souhait (souvent de la mère de famille soutenue par le père) parental. Ils vont eux aussi devoir non seulement accepter l'accueil de cet étranger chez eux (et les conséquences que cela aura sur leur vie quotidienne) mais aussi contribuer à l'A.F.T, assumer le choix de leur parents vis-à-vis de leurs camarades, amis etc. Cet engagement des enfants dans le travail de leur mère (ou de leur père) n'est donc pas volontaire mais consenti. Il en va sans doute de même pour le conjoint mais avec des enjeux différents. Si l'engagement subjectif dans le travail d'A.F.T est présent pour chaque membre de la famille, il ne se construit pas pour tous de la même manière et selon les mêmes modes. Par ailleurs, si les postulant(e)s mettent en avant le désir de retrouver une autonomie par le travail tout en satisfaisant à des idéaux ou à des valeurs altruistes, on ne peut pas avancer la même motivation ni la même authenticité dans la démarche pour le conjoint et les enfants. Ces derniers sont davantage « *associés dans une aventure familiale* » dont la mère surtout attend qu'elle enrichisse la construction subjective de ses enfants.

Cette coopération des enfants et du conjoint au travail n'est pas spontanée mais résulte des rapports établis entre les individus. Elle est induite pour autant, elle est toujours nécessaire.

Les conditions permettant la création d'un vivre ensemble avec l'autre implique de rendre cet autre familial, investissable puis « aimable » (car il n'est pas d'emblée investi comme tel) et de maintenir dans le temps ce mode d'investissement de l'autre. Contrairement donc à ce que disent les familles d'accueil, cela ne se fait pas « tout seul », de manière naturelle mais exige un travail de chacun à plusieurs.

a) La coopération défensive dans la famille.

Nous avons déjà souligné la nécessité de naturaliser le travail d'accueil afin de lui donner l'authenticité requise par la prescription de « chaleur humaine ». Il me semble que cette naturalisation n'est pas une construction individuelle des accueillants mais une

formation collective. Un effacement du travail derrière la nature qui ne peut pas être le fait d'un individu sans le concours des autres participant à ce travail sans quoi le sujet en question ne pourrait que témoigner d'un manque de reconnaissance, alors que les enfants, conjoints etc. se disent fiers du travail de l'accueillant et de « *l'aventure familiale* ». La naturalisation du travail bien fait, du bon accueil confond le travail et la personne qui le fait. Elle renvoie alors au sujet une image valorisante de lui-même. Mais elle permet aussi de renvoyer à chacun l'image d'une « bonne famille » qui ne se résume pas à la famille accueillante mais s'étend également aux ascendants. Bien accueillir, ce serait naturel mais aussi un héritage. Pour pouvoir se transmettre ce « bon héritage », il faut le considérer comme un patrimoine si ce n'est génétique, tout au moins transgénérationnel, historique et culturel. Elle renvoie donc une image valorisante de soi-même mais également de sa famille, elle complète la représentation de soi en tant que « bonne personne ».

Par ailleurs, l'A.F.T se soutient dans la famille d'accueil d'un traitement collectif spécifique du réel permettant non seulement l'investissement affectif du patient, l'engagement dans la durée du corps érotique dans la relation au corps handicapé du patient¹²¹ mais aussi de traiter la violence présente dans la rencontre avec l'altérité. Il s'agit pour l'ensemble des membres de la famille d'accueil de « faire comme si » le patient appartenait à la famille (C'est-à-dire dans le même mouvement reconnaître son étrangeté et la dénier à partir d'une supposée nature commune ou plutôt semblable) et pour l'accueillant, il s'agit de faire « comme avec un enfant » (ce que nous avons tous été et qui nous permet de supposer l'autre comme notre semblable.).

Sans l'éclairage de la psychodynamique du travail et ce qu'elle a pu dire des stratégies collectives de défense, ce traitement du malade et du réel peut-être interprété de manière erronée comme une « infantilisation » dissimulant une emprise et le redoublement de l'aliénation du malade alors qu'il s'agit à mon sens d'une stratégie nécessaire à l'établissement de l'investissement affectif spécifique au cœur du travail thérapeutique en A.F.T. En effet, cela permet à chacun d'accepter la répartition du temps et de l'espace, de concéder à l'autre une place à côté de soi. Cette division du temps et de l'espace, légitimée par l'autorité, instaure des limites, des obligations, des droits et l'intimité de chacun. Sans la

¹²¹ J'entends par là que le corps dans la psychose est un corps handicapé non dans ses aspects fonctionnels ou biologiques mais dans sa dimension érotique.

participation effective de tous, y compris des enfants, l'accueil de l'autre étranger, différent et semblable n'est pas possible.

L'hospitalité ne consiste pas seulement à ouvrir sa porte mais à accueillir la subjectivité de l'autre et la reconnaître dans son altérité ; l'investir comme un semblable en qui on peut avoir confiance ou tout au moins dont on n'a pas à se méfier. **Ce que nous montre la clinique de l'A.F.T, c'est qu'accueillir et vivre avec l'autre sont le fruit d'un travail, d'un engagement subjectif et dépendent de conditions sociales.**

Une fois la situation d'accueil établie, il s'agit encore de la pérenniser. Il faut alors se défendre de l'instabilité, de la discontinuité, de la précarité et pour cela, le collectif familial adopte également des stratégies collectives de défense ; à la fois face à l'équipe hospitalière susceptible de destabiliser l'équilibre précaire maintenu aux prix d'efforts constants et avec le patient auquel il faut donner des signes d'appartenance au groupe familial. Tenir le même discours : « *tout va bien* » permet de **dé-conflictualiser ce réel modifié et déséquilibré par la situation d'accueil, de former un encart, une zone d'intime et ainsi préserver la vie privée dans une organisation de travail faisant de la vie quotidienne un travail. Protéger une vie hors travail, justement pour pouvoir travailler mais aussi former un collectif avec le patient et le mettre au travail (voir le paragraphe sur la coopération transverse).** Cette dé-conflictualisation ne traduit pas pour autant une immobilisation de la pensée mais plutôt un effort dynamique de mystification de la réalité et de scotomisation d'éléments du réel en raison de la violence que ces éléments provoquent. Il s'agit moins de faire des efforts pour ne pas penser que de « gommer » certains éléments du réel laissant à penser que toute l'entreprise est vaine. C'est moins de la répétitivité qu'elles se défendent que de l' « irrémédiable » du handicap.

Cette mystification de la réalité nous amène alors à considérer autrement la question du mensonge qui dès lors serait plus complexe qu'une faute professionnelle ou qu'un acte moralement répréhensible mais comme une action plastique sur le réel ayant une fonction dans le processus thérapeutique lui-même.

Ces liens de coopération au sein de la famille ne sont pourtant pas construits une fois pour toute : ils sont dynamiques et du coup, peuvent se défaire.

b) Conjuraton de la violence et coopération horizontale dans la famille.

La clinique du travail nous a appris que la mise en échec de la coopération horizontale peut engendrer des pathologies de surcharge.

Mme D. est mariée. Elle a une quarantaine d'années. Elle vit seule avec son mari. Leur fils unique a quitté le domicile après ses études. Sa mère était fille d'agriculteurs et son père était policier. Elle a une formation de potière et en vivait jusqu'à ce que des conflits avec son employeur l'amène à chercher une autre activité. Sa belle-mère est famille d'accueil depuis de nombreuses années et c'est ce qui lui a donné envie de postuler. Elle a peu d'activité en dehors de sa maison. Le couple vit entouré d'animaux et Mr D. travaille de nuit.

Depuis plusieurs années, Mme D. accueille Paul quand nous proposons d'accueillir Séverine. Paul est un patient d'une cinquantaine d'années. Il demande de l'attention et de l'investissement affectif, un travail relationnel moins sollicitant que d'autres patients. Paul ne souffre pas de schizophrénie mais plutôt de carences affectives et cognitives. Les difficultés qu'il pose sont davantage des troubles des conduites (alcoolisations par exemple) que des troubles identitaires. Il est le « *grand-père un peu bourru* » de nos campagnes. Hospitalisé à la mort de ses deux parents le même mois (il avait toujours vécu chez eux), il avait « *oublié de manger* ». Quelques temps après, Paul est présenté à l'U.T.A.F.A et accepté sans grandes interrogations. A son arrivée, Mme D. perd son père. Elle dit alors surinvestir ce patient qui le lui « *rappelle un peu* ». Elle devient très rigoureuse sur le plan du suivi de sa santé physique (on lui diagnostique un diabète de type 2). Globalement, tout se passe très bien. Paul est très attaché à sa famille d'accueil qui prend « *beaucoup soin de lui* ». Ce sont de « *braves gens* ». Seule difficulté notable dans son accueil : des alcoolisations ponctuelles mais massives dont Paul ne dit rien d'autre qu'appartenant à des restes de la convivialité virile qu'il a toujours connu (son père, puis à l'armée et au travail. Il était paysagiste) et parfois des variations d'humeur qui le désinhibent un peu. Paul fait « *alors comme chez lui* », ne se prive pas en bagues salaces et grivoises. Il peut manquer de retenue vis-à-vis des personnes présentes.

Mme D. était réticente à accueillir une femme, elle qui n'était entourée que d'hommes... mais elle accepte d'accueillir Séverine, jeune patiente d'une trentaine d'années, schizophrène. Elle voit toujours sa famille mais elle ne peut pas dormir chez eux, elle ne s'y sent pas en sécurité. Séverine délire toujours à bas bruit et surtout la nuit. Elle est persuadée qu'on va venir l'enlever et la violer. Les premiers essais chez les D. se font exceptionnellement en journée et non pour la nuit comme dans les autres placements en raison d'une angoisse majeure de

Séverine à passer une nuit à l'extérieur de l'hôpital. C'est à l'arrivée de Séverine que la vie devient plus « *lourde* » car Séverine ne demande pas à Mme D. le même travail que Paul. Les débuts de placement sont difficiles. Séverine est très angoissée la nuit, ne dort pas ou se réveille très souvent. Mme D. touchée par la « *fragilité* » de cette dernière commence à dormir sur le canapé devant sa chambre pour venir « *la reconforter et la rassurer au cas où* ». Séverine mobilise beaucoup l'attention, la vigilance et la sphère affective de Mme D. Elle demande très souvent à lui parler, se confie beaucoup et de ce fait laisse peu de place à Mme D. pour « *respirer* ». Les deux femmes établissent une relation d'un type maternel fusionnel... malgré nos mises en garde. Séverine dit ne pas être proche et se méfier de sa propre mère. Elle confie à Mme D. ses secrets les plus intimes et amène Mme D. à se préoccuper de son suivi médical, y compris gynécologique. Parallèlement à cela, Séverine recherche la présence de Mr D. et l'attend la nuit, à son retour du travail ou encore demande à aller à la piscine avec lui, sans Mme D. La demande Séverine d'une très grande proximité avec les deux membres du couple, très empreinte de séduction et d'ambivalence, devient assez vite inconfortable et gênante. La vie du couple en souffre. Séverine a très vite souhaité participer aux activités de Mme D. qui, valorisée par cette demande, a accepté sans discussion. Elles partagent des activités de broderie, de peinture etc. Pendant ce temps-là, Paul est envoyé « *au cinéma deux fois par semaine* » et il a « *deux promenades* » à faire par jour, matin et soir pour « *s'occuper* » et parce que le médecin généraliste a dit que ces promenades était « *bonnes pour sa santé* ».

Je suis interpellée par l'équipe qui me dit que Mme D. est envahie par cette patiente pour laquelle elle dit ressentir pourtant beaucoup d'affection. Mais Mme D. est seule et isolée. Elle n'a pas de loisirs. Jusqu'alors, cela ne posait pas de problèmes car Paul ne la sollicitait pas beaucoup... mais Paul se remet à boire beaucoup et à des intervalles rapprochés. Mme D. très vite ne le supporte plus et nous le dit. L'équipe hospitalière est assez démunie face à ces alcoolisations s'expliquant davantage par un alcoolisme de recouvrement que par une dynamique addictive. Mme D. commence à interpréter toutes les attitudes et les variations de l'humeur du patient en fonction d'une supposée prise d'alcool. Elle cherche toute odeur suspecte, surveille ses allées et venues, scrute la moindre variation de son comportement. Elle le trouve agressif¹²² et reproche assez vite à l'équipe ainsi qu'à son mari « *de ne rien faire pour la soulager* ». Le ton monte avec Paul et la situation du placement devient critique. La

¹²² A vrai dire, elle attribue cette agressivité au patient dans un mouvement projectif il me semble à l'époque...

maladie thyroïdienne de Mme D. s'aggrave, elle nous met face à de brusques mouvements d'humeur, elle aussi et ne fait plus ce que l'équipe lui demande de faire avec Séverine. Tout accompagnement touchant de près ou de loin la question de l'identité sexuée et sexuelle de la patiente devient intenable et insupportable. Elle ne veille plus à l'hygiène. Elle ne l'accompagne pas pour des achats de sous-vêtements (prescription infirmière en lien avec les troubles liés à l'image du corps de la patiente. Séverine ne parvenait pas à acheter des vêtements à la bonne taille). Séverine, du coup, ne change plus ses vêtements parce qu'elle n'en a plus assez.

En miroir inversé, Séverine (parce que d'abord très investie par Mme D.) se « *sent mieux* » nous dit-elle. Non seulement les angoisses nocturnes et diurnes ont disparu, mais les odeurs nauséabondes également. Elle dit « *se sentir bien* ». Et c'est au sens littéral du terme qu'il faut l'entendre. Elle trouve agréable sa propre odeur dans les transports en commun. Elle ne s'habille plus avec des vêtements informes et noirs mais de manière féminine. Elle se maquille, avec soin. Elle rompt avec un petit ami vivant à 300 kms de là avec lequel elle vivait une relation assez chaotique. Après un temps de deuil (elle se présente un jour dans mon bureau entièrement vêtue de noir en me disant « avoir perdu un être cher »), elle reprend des activités et des sorties avec des amies qu'elle avait perdu de vue après sa décompensation. Elle va au musée, au cinéma, en concert etc. et elle reprend une relation amoureuse. Cette nouvelle relation amoureuse devient vite houleuse. Le jeune homme écrivain rentier au RSA ne souhaite pas la voir trop souvent. Les variations de la vie amoureuse de Séverine donnent le rythme de la relation à Mme D. Quand il la rejette, elle se rapproche de Mme D., qui à son tour au bout d'un moment la rejette, trop envahie par la patiente. Elle retrouve alors son petit ami et délaisse Mme D. qui vit cela comme un abandon et de l'ingratitude. Au bout de quelques mois, Mme D. désinvestit Séverine à la mesure de son investissement premier. Leur relation se teinte d'agressivité réciproque. Mme D. – nous dit-elle - n'est pas sa mère et elle ne peut pas tolérer d'être traitée de la sorte.

Mme D. devient agressive envers l'infirmière « prescriptrice » et le médecin. Quand je la reçois, elle manifeste une attitude de retrait et de méfiance. J'interprète cela davantage comme des signes de « *ras le bol* » sans y coller d'étiquette psychopathologique Je lui signale néanmoins l'agressivité dont elle fait preuve ce à quoi elle me répond que c'est « *toujours comme ça... je contiens, je supporte et après je pète un plomb* ».

Nous avons alors organisé le départ pour une semaine des patients. Mme D. a pu se retrouver seule avec son mari qui « *l'a chouchoutée* » me dit-elle à son retour, plus apaisée. Elle a

décidé alors de chercher une activité de loisir hors de la maison, pour elle (et sans mari) ni patient, la danse country me dit-elle. Son mari lui proposait de faire du tir avec elle, offre qu'elle a refusé au profit d'une activité choisie pour elle seule.

Si elle n'a pas encore fait son choix, elle a tout de même réalisé qu'elle « *n'est pas assignée à résidence* », qu'elle a le droit de faire des choses qui lui plaisent à elle et sans devoir emmener les autres avec elle. Elle dit vouloir s'autoriser davantage de sorties et de séjours, mêmes avec les patients parfois mais surtout pour elle, reprendre une activité sportive, tout au moins reprendre une activité corporelle qui lui fasse plaisir.

Faute de relai et de la mise en place d'une coopération horizontale, Mme D. était « saturée », en panne de créativité et en surcharge. Pour aller plus loin et dans l'après-coup de l'arrêt de prise en charge de Séverine, cette prise en charge était beaucoup trop sollicitante pour Mme D. qui disait volontiers avoir « *beaucoup de mal avec les femmes* ». Selon elle, elle ne savait pas faire et avait toujours peur de les blesser ; formation réactionnelle dissimulant une grande agressivité le reste du temps contenue par une grande rigidité de caractère. Mme D. avait accueilli deux femmes avant Paul. Deux échecs. Elle dit n'être à l'aise qu'avec les hommes, « moins délicats ». Mme D. n'est effectivement pas vraiment coquette. Elle est en surpoids et ne cherche pas vraiment à faire acte de séduction. Elle semble prendre peu soin d'elle et de son apparence. Séverine est venue « saturer » l'espace psychique de Mme D. et « *l'empêchait de respirer comme de penser* » en la convoquant sur une posture maternante sans que soit possible le « travail maternel » la permettant. Le travail intrapsychique n'a pas pu démarrer. Ce travail n'a pas pu démarrer faute de ressources nécessaires à l'élaboration des implications sexuelles de la situation, tant du côté de la patiente que du côté de Mme D.

Mme D. se défend beaucoup des enjeux de séduction qui peuvent irriguer la relation à l'autre. Tout est codifié et réglé dans la vie quotidienne. Tout rapport au corps est passé au spectre de la normalisation : deux promenades par jour, une douche qui doit être comprise entre 5 et 8 minutes etc. « Tout est réglé ». Dans une telle configuration, tout va bien tant que le patient ne sollicite pas « d'adaptation » de la part de l'accueillante et tant qu'il ne remet pas en cause ce qui semble évident pour l'accueillant. Bref tant que tout enjeu de séduction est mis à l'écart, tant que la sexualité du patient ne se fait pas entendre...

Séverine a quitté brutalement le domicile de Mme D. refusant d'y remettre un pied, malgré notre avis¹²³. Elle s'est installée chez son petit ami, ce qui s'est également soldé comme un échec.

Paul est toujours chez Mme D. il s'y sent bien et ne veut pas en partir.

Si « faire comme si tout va bien » est nécessaire à la mise en place de l'A.F.T, cela peut également mettre en échec de la coopération horizontale. La coopération entre les membres de la famille d'accueil peut aussi se radicaliser autour et avec le patient quand ce dernier n'est plus reconnu dans son statut de patient accueilli.

La « dé-conflictualisation » du quotidien peut devenir une « a-conflictualisation » reposant sur l'absence de reconnaissance des spécificités de ce travail et contribuant à la genèse de pathologies de surcharge. Cela devient « normal » de se consacrer corps et âme, sans cesse aux autres membres du foyer parce que ce serait ce qui est attendu d'une femme...mais les patients accueillis et les membres du foyer réclament chacun des attentions spécifiques. L'A.F.T est un travail et non... ce n'est pas « normal » que de se consacrer entièrement aux patients, quitte à s'oublier soi-même. C'est la non prise en compte de la centralité du travail au sein de l'A.F.T et au sein de la famille qui contribue à la genèse de pathologies liées au travail. C'est donc un enjeu de prévention de la santé au travail et dans le maintien de la qualité du travail.

La charge psychique du travail est devenue surcharge. Sans la prise en compte des mécanismes en jeu dans la surcharge psychique liée au travail, il est tout à fait envisageable de supposer que le contrat avec Mme D. aurait fini par être interrompu en vue de protéger les patients... c'est sans doute ce qui a été en cause dans la fin de prise en charge de William.

Mme S. accueille William depuis déjà plusieurs années quand je la rencontre pour la première fois. Il faut toutefois préciser que je l'ai peu vue car William intègre peu de temps après mon arrivée un ESAT environ un an après mon arrivée. Il ne peut être reçu à l'U.T.A.F.A que les vendredis et moi, je n'y suis pas. Il a donc été décidé que les entretiens seraient assurés par le médecin responsable. Et parce que je ne recevais plus le patient, j'ai souhaité ne pas recevoir

¹²³ Mais parce qu'elle recevait l'approbation de son médecin psychiatre mais cela nous ne l'avons su qu'après coup... une maison-relai s'ouvrait sur le territoire de l'hôpital et ce médecin, en charge des admissions, voulait y voir entrer ses patients. Il a mené ce projet avec la patiente, sans nous en avertir et même en affirmant ne pas le faire !

Mme S. estimant que le suivi au cours des entretiens était celui du placement et non celui des individus. Elle a donc également été suivie par le médecin, ce qu'elle refusait en premier lieu, ne l'estimant pas assez compétente (tout comme l'infirmière référente de William). Les interlocuteurs proposés à Mme S. n'étaient jamais assez « bons » pour elle. Ceux qui ne travaillaient pas avec elle directement étaient toujours les plus compétents, les plus intelligents... selon elle, on ne lui donnait donc pas la possibilité de bien travailler.

L'une des deux infirmières me dit que son embauche n'a pas fait l'unanimité parmi les membres de l'U.T.A.F.A surtout en raison de la froideur qu'elle renvoie. Elle est mariée et a deux enfants dont elle me parle beaucoup en entretiens. Elle les décrit comme précoces ce qui lui occasionne des difficultés relationnelles avec le corps enseignant. Elle a inscrit son aîné dans une école militaire. Elle vit dans une grande maison protégée par deux chiens énormes. Pour entrer dans la maison, il faut emprunter un chemin abrité par des grillages afin d'éviter que les chiens ne vous sautent dessus. La maison est impeccablement tenu, rien ne dépasse, rien n'y transpire. Cela me renvoie à moi également une froideur. William partage des moments avec la famille d'accueil mais assez peu à vrai dire en dehors des repas, consigne prescrite par l'U.T.A.F.A. Sans cela, il pourrait très bien vivre à côté d'eux car il dispose de l'ensemble du sous-sol entièrement équipé. C'est un petit studio dans la maison dont la porte de communication est, dit Mme S. un jour lors d'une V.A.D, fermée la nuit afin de protéger son « intimité ». Quelques temps après, elle nous annonce que le couple se sépare, Mr S. reprochant à sa femme sa froideur à son égard et à l'égard des enfants. Lors d'une V.A.D, une violente dispute éclate en présence de l'infirmière et nous constatons alors que le patient est pris à partie au sein du couple. William qui préparait son admission en foyer devient hésitant, pour ne pas laisser « Cécile »¹²⁴. L'infirmière repart avec le patient très angoissé par ce qui se passe. Elle estime que le patient ne peut pas et ne doit pas tenir cette place au sein du couple. William avait manifestement glissé du statut de patient accueilli à celui de membre de la famille devant se ranger du côté de l'un ou l'autre. Il était devenu « nécessaire » à Cécile et ne pouvait plus s'autoriser à vivre sa vie à lui. Après le départ du patient de son domicile, de nombreuses lettres anonymes de délation vis-à-vis des autres familles d'accueil et de plainte vis-à-vis de l'U.T.A.F.A ont été reçues par l'administration de l'hôpital, exigeant du directeur qu'il lui confie un autre patient, conformément au contrat de travail. L'équipe de l'U.T.A.F.A

¹²⁴ Le prénom de son accueillante

a maintenu son refus en raison de l'accueil que Mme S. proposait (le patient au sous-sol, enfermé à clé la nuit etc.).

La limite entre la coopération transverse nécessaire et une radicalisation de la coopération horizontale fondée sur la non reconnaissance d'un statut de patient à l'accueilli mettant en échec le placement est fine et fragile. C'est quand la coopération horizontale entre les membres du foyer n'est plus possible que l'équilibre psychique des patients accueillis est précarisé de la manière la plus profonde car c'est le cadre même de la prise en charge en même temps que la reconnaissance de la réalité de leur maladie qui basculent. Ce qui n'est pas le cas, même quand la coopération verticale (famille d'accueil-U.T.A.F.A.) est rompue.

Cette radicalisation de la coopération horizontale pose alors inévitablement la question de la coopération transverse, la participation du patient au travail.

3. La coopération transverse.

«Les transformations structurelles de la dynamique économique [avec une prédominance aujourd'hui des activités servicielles] conduisent à donner une place stratégique à la « coopération transverse », c'est-à-dire à la coopération entre les prestataires d'un service et les bénéficiaires de ce service. En effet, tout service est coproduit par un prestataire et un bénéficiaire. En d'autres termes, les « clients », « les usagers »... interviennent au sein même du procès de travail. (...) Dans cette perspective, la coopération ne va plus se limiter, comme dans l'industrie, à la coopération entre pairs au sein des équipes de travail (la coopération horizontale) et à la coopération au sein de la ligne hiérarchique (la coopération verticale). Elle va s'étendre à la coopération avec des personnes extérieures à l'entreprise (ou à l'entité de l'entreprise directement concernée) dénommée « coopération transverse». (C. Du Tertre, 2013, p 39-40).

Les patients pris en charge (ou plutôt admis) par l'U.T.A.F.A sont en hospitalisation libre et volontaire pour aller en famille d'accueil. Ils sont sollicités pour devenir des acteurs dans la relation de soin, non pas à travers une forme de soumission ou de consentement mais par la mobilisation de leur action ou plutôt de leur « coopération» dans le travail mené. Lors de la préparation au placement, un temps important est consacré à l'évaluation de la demande du patient qui ne recouvre pas celle du médecin prescripteur. Dans cette phase,

nous réfléchissons ensemble à ce que représente une famille d'accueil, ce que le patient peut en attendre et quelles sont ses obligations.

Nous travaillons ensemble une sorte d'accord plus au moins implicite, en tout cas non écrit, avec lequel ils doivent être d'accord et qui définit des règles fondamentales de vie en commun. Ces règles de vie générale prescrites par l'U.T.A.F.A (redonner briquet et cigarettes au coucher, respecter les règles établies par la famille d'accueil et l'autorité de cette dernière) sont relayées par des règles de vie propres à chaque famille d'accueil. Pour une famille d'accueil par exemple, on prend sa douche avant le petit déjeuner alors que pour une autre, on peut le prendre en pyjama et aller prendre la douche ensuite.

C'est-à-dire qu'il ne suffit pas que les patients acceptent de se soumettre à des règles de vie qui ne sont pas les leurs mais bien qu'ils en reconnaissent le sens et l'intérêt pour lui. En somme qu'ils les intègrent comme leurs propres règles. Le patient accueilli en famille d'accueil est bien plus posé comme un partenaire du projet. Non pas un «client» comme l'aura dit une fois une famille d'accueil (ce que les autres ont refusé) mais un partenaire dans la construction d'un travail commun. Quel est ce travail ?

En famille d'accueil, le patient est « mis au travail » : Non pas dans une subordination du patient à la famille d'accueil mais à travers une coopération du destinataire de ce soin dans le processus de travail.

Vivre ensemble, c'est non seulement vivre sous le même toit mais c'est également partager du temps, des activités et participer sur le mode de la coopération à la vie du foyer, donc participer aux tâches domestiques. Pourtant cette participation des patients aux tâches communes n'est pas spontanément abordée. Les familles d'accueil décrivent plus facilement le temps passé ensemble ou encore les activités de loisir « qu'elles » font avec leur patient. Elles les font participer, les associent mais la réciproque est rare. Les patients proposent peu d'activités et en font eux-mêmes rarement sauf quand elles sont initiées par les soignants. Certains peuvent avoir des activités de loisirs qui leur sont propres (théâtre, sport etc.) mais ils les font de leur côté. Cela me semble reposer sur un sous-entendu : il appartiendrait au travail de la famille d'accueil que de partager des activités avec le patient alors que ce n'est aucunement demandé aux patients. Sans doute en raison de leurs troubles, les patients initient rarement les choses dans ce domaine et quand ils peuvent proposer des activités ou des sorties etc. à leur famille d'accueil, c'est au prix d'un temps important déjà passé en leur compagnie, chez elles. D'une manière générale, les patients acceptent volontiers de participer aux

activités de la famille d'accueil et aux loisirs organisés par elles car cela fait partie d'une forme d' « accord implicite de prise en charge » : ils ne sont pas en famille d'accueil pour ne rien faire mais au contraire pour avoir ou retrouver une vie sociale. Il est toutefois bien difficile de déterminer si le patient accepte toutes les activités et les tâches qui lui sont confiées par la famille d'accueil parce que cela lui fait plaisir ou parce qu'il a senti que la famille d'accueil y tient.

Dans tous les cas, il est admis des deux côtés qu'une des finalités du placement est de « progresser ». Progresser, c'est-à-dire faire des progrès qui soient visibles. Cela passe donc de manière privilégiée par l'activité dans différents domaines, notamment la socialisation (d'abord avec la famille d'accueil puis en dehors de la famille d'accueil). C'est ainsi que l'on peut entendre la prescription de travail faite aux familles d'accueil de « faire progresser le patient » qui leur est confié. D'abord en partageant des activités avec eux puis en les amenant à les pratiquer seuls. Dès lors, l'activité du patient devient le marqueur visible de leur travail. Leur activité devient le signe visible de la réalité de leur travail. « Occuper le patient » devient alors une nécessité car cela leur permet de montrer qu'elles font bien quelque chose... Comment le font-elles ?

Mme L. décrit un patient qui partage l'ensemble de ses activités : *« Moi, avec mon patient, je partage un petit peu tout. Quand je dis « tout », ça veut dire les courses, le shopping, les sorties en week-end, les repas, la vie quotidienne. Quelque soit ce que je fais, j'initie mon patient dedans. Si, par exemple, je dois aller au cinéma, je me vois mal aller au cinéma sans lui, à part s'il n'est pas là. Pour moi, il ne fait pas partie de la famille, mais il est dans la famille. Mes enfants aussi discutent de tout avec lui. Ce n'est pas toujours facile parce que parfois il n'a pas envie de discuter. Aussi, on s'habitue à ses humeurs, sa façon d'être, ... C'est ça, lui donner le meilleur de nous mais respecter sa façon d'être ».*

Pour Mme L, la séparation entre le temps passé en famille et le temps passé avec le patient est peu étanche alors que des familles d'accueil avec plus d'expérience, décrivent les choses différemment.

Mme A. passe des moments avec ses enfants, sans les patients et passe des moments avec ses patients, sans le reste de sa famille.

Mme A. n'intègre pas les patients à la vie quotidienne de sa famille (ils vivent dans une dépendance) mais évoque un fonctionnement dans lequel les patients sont associés : *« Les*

faire participer, par exemple, il y a un anniversaire, on est tous ensemble. Ils ne sont pas isolés. Quand on fait des sorties, on les fait ensemble. Des fois, on a envie de se faire un petit restaurant, on va à Paris ou on va à côté. Je les fais beaucoup participer, même à un voyage, dans le sud. On a passé cinq jours ensemble là-bas, ça s'est bien passé. (...) Par exemple, on attend les beaux jours parce qu'on doit faire participer le nouveau qui demande à aller au quartier de la Huchette, parce qu'il a entendu les autres parler du bon repas au quartier de la Huchette donc pourquoi pas lui ? Voilà, on sort. On va à la mer, on va en forêt. Pour le muguet, on va cueillir le muguet. Ils vendent leur muguet. (...) On les fait participer, ils ne sont pas vides. Leur vie est remplie. C'est vrai qu'il faut qu'il y ait la volonté. On ne les force pas ».

Mme A. partage donc des temps individuels avec chaque patient.

Sous des modalités différentes, ces deux familles d'accueil évoquent l'*association* des patients accueillis à leurs activités de loisirs et aux fêtes familiales et ce n'est que dans un deuxième temps, quand on pose clairement la question des tâches domestiques et du quotidien, qu'elles peuvent esquisser des réponses... elles restent néanmoins vagues sur la part de ce que les patient font concrètement, craignant qu'on les taxe d'« exploiter les patients ». Comme l'avait déjà souligné D. Jodelet, le travail des familles d'accueil est porteur de beaucoup de fantasmes, très actifs dans la société en général et parmi les hospitaliers, même les plus proches.

Comment faire la part entre ce que la famille d'accueil veut à la place du patient, ce que le patient fait parce que la famille d'accueil le veut et ce qu'il veut réellement? Ainsi quand on pose la question à Mme Z. au sujet des tâches ménagères que les patients accomplissent, elle répond que dès le début, elle leur a expliqué qu'il était dans leur intérêt, en vue de leur future vie en appartement individuel, de savoir faire leur chambre ou savoir quand sortir la poubelle. En leur confiant des tâches précises au sein d'un collectif.

Quand on leur demande si les patients participent au ménage des parties communes de la maison, elles se défendent d'« *exploiter le patient* » mais elles disent toutes chercher à les « occuper » pour ne pas « *qu'ils soient vides* ». Seul le ménage de leur chambre, de leur salle de bain et de leur toilettes (quand ils sont privés, ce qui est assez fréquent à vrai dire) et l'entretien de leur linge, avec l'appui de l'accueillante est demandé aux patients. La plupart des patients acceptent d'aider les familles d'accueil quand cela leur est demandé mais très peu en prennent l'initiative. **Ce sont les familles d'accueil qui attribuent les tâches**

quotidiennes et en font la répartition, incluant alors le patient dans le groupe familial.

Du fait de l'apragmatisme¹²⁵ et de l'aboulie fréquemment présentés par nos patients et de la nécessité pour les familles d'accueil de les voir « occupés » pour ne pas les voir « vides », les tâches qui leur sont confiées sont souvent simples et ritualisables mais souvent au bout de plusieurs années de répétition et de rappel réguliers ! Ainsi Mme M. parlant de son patient Abdel., chez elle depuis cinq ans : *« la routine, c'est de répéter tout le temps les mêmes choses. C'est quand il va pas bien [et qu'il refuse de faire ce qu'on lui demande et qu'il a l'habitude de faire] que je suis obligée de faire intervenir Mme G¹²⁶ »*. **La répétition fait donc partie de la routine du quotidien.**

Dans ces cas-là, la tâche régulière qui incombe le plus souvent au patient, tout comme la responsabilité de la mener à bien, c'est sortir la poubelle... tâche qui d'ordinaire échoit aux enfants du couple ou au conjoint quand les enfants ne vivent plus au domicile. L'intégration dans le groupe passe par l'activité et l'attribution d'un rôle, d'une place, d'un travail mais aussi d'une responsabilité. Par ce partage d'activité et de responsabilité, le travail des familles d'accueil vient se distinguer du simple accueil hôtelier.

Le « bon » accueil thérapeutique, ce n'est pas juste louer une chambre, c'est surtout donner sa place à un sujet dans un collectif.

Si aucune mesure de la qualité de leur travail ne peut être donnée par les familles d'accueil, toutes estiment qu'elles peuvent déterminer qu'elles font du bon travail si le patient est plus autonome dans la gestion de son quotidien. Pour cela, leur foyer devient l'espace non pas seulement thérapeutique mais aussi éducatif dans lequel les patients expérimentent certains gestes du quotidien et (ré) apprennent à les faire seul (ménage, repassage, cuisine etc.) et retrouvent des rythmes et des habitudes de vie non hospitaliers. **Il faut réapprendre un rythme de vie qui ne soit plus celui de l'hôpital mais celui de la vie ordinaire, lié aux obligations et aux situations vécues.** Comme ne pas attendre son repas, déjà attablé à 18h mais « quand le repas est prêt », en fonction des impératifs du groupe. Ou encore ne pas attendre la « collation de 16h », le « café de 10h » etc. se lever seul mais sans réveiller tout le monde, dormir aux heures où tout le monde doit dormir, être éveillé en journée...

¹²⁵ L'apragmatisme est la perte de toute initiative et de toute spontanéité, la difficulté d'initier et de mettre en marche les facultés motrices, voir leurs abolitions. L'aboulie est proche de l'apragmatisme ; le malade se laisse guider tel un automate, suivant des instructions sans entrain.

¹²⁶ L'infirmière référente

La définition de l'autonomie est floue en psychiatrie et peut se confondre avec une forme de ritualisation quotidienne. Elle ne se laisse saisir à vrai dire qu'en regard de celle d'apragmatisme. On désigne par apragmatisme un symptôme psychiatrique se traduisant par une impossibilité à entreprendre des actions. Il en résulte une perte d'initiative motrice (pouvant aller jusqu'à la catatonie). Ce symptôme est à distinguer de l'aboulie. On parle d'aboulie quand l'intention de réaliser et de planifier des tâches n'est pas atteinte alors que leur exécution est rendue impossible. Dans l'apragmatisme, la capacité même de « vouloir faire » est atteinte.

A partir du constat clinique que cela fonctionne et que des patients peuvent s'insérer dans une vie ordinaire et « lâcher leur psychose », il semble que la ritualisation du patient constitue la base d'une autonomisation qui ne peut devenir effective qu'à partir du moment où le patient peut prendre du plaisir à faire de lui mêmes les gestes du quotidiens. Il ne suffit pas de les mettre sur des rails... il faut encore que les patients veuillent y rester... L'autonomie naît des habitudes, elles-mêmes fruit du plaisir pris dans l'activité ritualisée.

Afin d'établir ce lien particulier mettant le patient psychotique au travail, les familles d'accueil doivent créer un lien, aller à la rencontre de ces patients, les investir et les accompagner au plus près de ce qu'ils sont. Elles doivent donc adopter une posture à la fois compréhensive et ferme. Et dans cet équilibre relationnel fondamental au travail, la confiance est centrale : pas uniquement la confiance entre l'U.T.A.F.A et la famille d'accueil mais bien entre la famille d'accueil et le patient.

a) Vers une coopération transverse défensive.

Le travail en famille d'accueil qui pourrait se résumer en « vivre au quotidien ensemble », ça n'est pas qu'assumer ses « corvées » ou ses tâches ménagères sous la distribution de l'accueillant. C'est également partager, échanger en somme établir des relations affectives, c'est prendre soin des autres, les protéger éventuellement. Et effectivement, les patients peuvent prendre soin des familles d'accueil qui s'occupent d'eux tout comme ils peuvent prendre soin des soignants hospitaliers. Les soignants hospitaliers en font l'expérience

fréquemment : certains patients prennent soin de ceux qui les soignent. Il me semble que l'on peut alors parler de coopération transverse structurant la relation soignante et même parfois de **coopération transverse défensive**. Comment les patients le peuvent-ils ?

Partons d'un exemple concret : la question de la prise du traitement.

Par délégation infirmière, les familles d'accueil sont chargées d'une partie du travail infirmier au domicile : veiller à la continuité des soins organisés par l'équipe de l'U.T.A.F.A. Ainsi elles sont chargées de récupérer les ordonnances renouvelées, noter les rendez-vous avec les psychiatres traitants des patients, constituer avec eux les piluliers et veiller à ce que les traitements soient pris correctement. Sur le versant somatique, elles accompagnent les patients lors de leurs consultations et mettent en place les éventuels traitements prescrits.

Ce qui leur est demandé, c'est d'appliquer la prescription médicale telle qu'elle est écrite sur l'ordonnance et éventuellement de communiquer à l'U.T.A.F.A tous les changements qui peuvent survenir dans les soins. Elles appliquent les prescriptions et signalent les changements aux infirmières qui restent seules détentrices de l'initiative d'appeler le médecin. Pourtant, sur ce plan également, on se rend compte de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Alors qu'on aurait pu s'attendre à une application sans faille des consignes infirmières en matière de traitement, on peut constater que les familles d'accueil sont beaucoup moins rigoureuses que ce que l'on aurait pu croire... elles peuvent ainsi laisser au patient une marge importante d'autonomie dans la prise de son traitement et sans que l'U.T.A.F.A ne le sache... et au risque de la réapparition des symptômes comme des troubles du comportement ou de se le voir reproché comme une faute professionnelle. C'est néanmoins un élément essentiel de leur travail car si elles peuvent prendre le risque alors que le patient reste stable, bref que rien ne se voit, on considérera alors qu'elles font du bon travail. Elles ne sont pourtant ni bêtes ni folles pour courir ce risque et le faire courir à leur famille, leurs enfants. Elles ne font pas n'importe quoi !

Sur la base d'une confiance accordée au patient (et sans laquelle la vie « ordinaire » ne serait pas possible), la plupart d'entre elles laissent plus de liberté au patient que ce qui est défini au départ : elles les laissent par exemple constituer eux-mêmes leur pilulier, font autre chose lors de la prise des traitements ou encore ne récupèrent pas les ordonnances etc. *Et les patients se gardent bien de le dire à l'U.T.A.F.A. !* Elles établissent ainsi des rapports de confiance avec le patient tout en se protégeant de la domination véhiculée par les rapports sociaux avec les hospitaliers et surtout les infirmières.

Et dans ces stratégies de défense contre la logique de domination transmise par le travail et qui pourrait menacer l'équilibre privé, les patients ne sont pas passifs mais peuvent tout à fait y participer, voir les initier. Ce sont les fameuses « alliances » décrites dans la littérature comme des structures relationnelles mises en place afin d'échapper aux soins et dont tout soignant a à se méfier... et donc contre lesquelles ils mettent en garde les familles d'accueil. Pour les soignants, ces « alliances » seraient le signe d'un mauvais travail. Au regard de la clinique du travail, ces « alliances » signeraient bien plus l'existence de « coopération défensive transverse », réponses aux contraintes générées par l'organisation du travail elle-même. Cela introduit différemment la responsabilité du travail mal fait, des erreurs mais également les conditions du travail bien fait en psychiatrie. Ces « alliances » ne traduisent pas du mauvais travail une nécessité générée par l'organisation du travail, pour faire face au travail prescrit. En tout cas, elles ne sont jamais neutres et si un temps, elles peuvent faciliter la mise en place de la situation d'accueil, si elles ne sont pas relayées par un travail intrapsychique authentique sur le réel du travail d'A.F.T., elles peuvent se retourner contre ce dernier.

Mme Z. vit en concubinage d'une cinquantaine d'années. Elle une ancienne publicitaire. Elle a un fils d'une trentaine d'années. Bien qu'il ait son propre logement, il mange, lave son linge et parfois dort chez sa mère. Elle a accueilli deux patients avant d'accueillir Soulimane. Soulimane est un patient d'une trentaine d'années, très délirant et présentant également des difficultés intellectuelles ainsi qu'une relative intolérance à la frustration. Dans son délire, il est malade depuis qu'il a été envouté par un chamane décédé. Il parle extrêmement vite et laisse peu d'espace à ceux qu'il côtoie. On le comprend difficilement. Il m'est décrit comme « un patient institutionnel ». Il connaît la vie personnelle des soignants et répand avec un certain plaisir rumeurs en tous genres. Il manipule également son entourage, essentiellement pour s'éviter du déplaisir. Soulimane est proposé en A.F.T. car un retour au domicile de ses parents n'est pas possible. Sa mère s'occupe d'un de ses fils également psychotique et de son mari diabétique tout en travaillant comme femme de ménage. Les rapports intrafamiliaux sont violents et la mère de Soulimane est très ambivalente à son égard. Elle ne veut pas de lui au domicile mais laisse difficilement les projets se mettre en place autour de lui. Aucune place n'a pu être trouvée en foyer d'hébergement pour Soulimane. Il travaille depuis plusieurs années en E.S.A.T.

Les débuts du placement se passent bien et Mme Z. s'investit beaucoup et rapidement auprès de ce patient difficile. Contre toute attente, elle nous dit que tout se passe pour le mieux ; version corroborée par le patient. Mais petit à petit, le patient montre des signes de persécution envers Mme Z. qui l'appellerait le « TGV », ce à quoi il répond en l'appelant « *la machine* ». Il est surtout persécuté par le fils de Mme Z. qui lui volerait ses affaires. Il se sent en fait très angoissé dès que le fils de Mme Z. est présent car il accapare l'attention de sa mère. Rappelons que les deux hommes sont sensiblement du même âge et nous savons que Mme Z. traite les patients et les membres de son foyer de la même manière.

Au bout de quelques mois, le patient vient nous dire que Mme Z. n'applique aucune des prescriptions infirmières qui lui sont faites. Les entretiens sont pauvres. Certes polis et courtois mais sans de réel contenu. Après plusieurs discussions concernant la manière de travailler, Mme Z. nous dit enfin qu'elle ne comprend pas pourquoi Soulimane voit autant de soignants à l'hôpital et qu'elle, « *elle peut le guérir là où manifestation [l'hôpital] a échoué.* » Même les manifestations d'agressivité de Soulimane à son propre domicile ne lui posent aucun problème. Quand il frappe dans les meubles, qu'il est insultant, elle ne nous en dit rien. C'est le patient à plusieurs semaines d'intervalle des événements qui vient nous dire que « *Mme Z. ne fait pas bien son travail parce qu'elle ne nous dit pas tout* ».

Nos doutes et inquiétudes sont renforcées par des passages à l'acte hétéro-agressifs de plus en plus violent à l'E.S.A.T. et afin d'éviter que la même chose se reproduise au domicile de la famille d'accueil (ce qu'elle pensait ne jamais pouvoir arriver), nous mettons fin au placement de Soulimane. En entretien, il avait fait état de menaces dont on pouvait penser qu'elles étaient sérieuses parce qu'entre Mme Z. et Soulimane, plus aucune limite ni aucun cadre de prise en charge en dehors des V.A.D. n'était présent. Même en faisant des visites à domicile toutes les semaines, cela ne suffisait pas à maintenir un cadre étayant au quotidien. Si l'accueillant familial ne travaille pas avec l'équipe dédiée, des visites au domicile peuvent avoir lieu mais sans remplir leur office. Soulimane devenait de plus en plus instable et vindicatif mais il ne se sentait pas la possibilité de quitter le domicile de Mme Z., pensant qu'il « *la faisait vivre* ». S'il quittait le domicile, elle ne pourrait plus vivre car se retrouverait sans revenu.

Si un temps l'alliance « *avec ses hommes* » (elle appelait comme cela tant ses patients que son conjoint et son fils) a permis à Soulimane, si dispersé et ambivalent de trouver une place, elle s'est radicalisée et teintée d'emprise jusqu'à mettre en danger l'accueillante elle-même.

Le patient peut alors tout autant occuper la place d'un « enfant de substitution à adopter » et qu'il s'agirait de faire progresser que d'être investi comme un allié face aux soignants hospitaliers.

b) Alliance par exclusion et radicalisation des défenses en A.F.T.

Lorsque la reconnaissance du travail n'est pas au rendez-vous, la relation au patient est surinvestie pour en obtenir de la gratitude. Le patient là non plus n'est plus reconnu dans son altérité et sa singularité. Il est instrumentalisé et doit toujours être « gratifiant ». Il est alors pris dans le désir de la famille d'accueil et s'il ne répond plus à ce désir, il est celui qui vide l'énergie, fait peur et persécute. Il est alors plus ou moins violemment désinvesti, laissé seul. Ce surinvestissement est par ailleurs dangereux pour les familles d'accueil car il représente une voie d'entrée dans les pathologies de surcharge du côté de l'accueillant et déstabilise l'équilibre psychique des patients.

Charles, un jeune homme schizophrène d'une trentaine d'années est accueilli chez Mme Z. depuis quelques temps quand son état se dégrade. Il est un des deux patients placés chez Mme Z. avant Soulimane. Mme Z. vit avec son conjoint et son fils.

Elle accueille déjà Jean-Pierre depuis plusieurs années quand nous lui présentons Charles. Ce qui se passe chez Mme Z. est assez opaque à première vue mais elle nous semble chaleureuse et ouverte. Elle ne donne pourtant rien à voir, y compris en entretien dans lesquels, au début de notre rencontre, elle me parle davantage de sa ménopause que des patients. Mme Z. est d'allure peu féminine, assez androgyne et dit ne pas vraiment s'en soucier. J'apprends que son père est atteint de schizophrénie et qu'elle s'en occupe beaucoup car sa mère est « dépassée » dit-elle mais tout cela doit se gérer « en famille ». Jean-Pierre et Charles font partie de la famille et Mme Z. s'indigne souvent quand on lui rappelle que, tout de même, ils restent des étrangers chez elle. Et pour cause, la maladie et le handicap ne sont pas importants pour elle. Le seul élément de son travail qui compte pour elle, c'est qu'ils se sentent bien chez elle ou tout du moins qu'ils n'en disent pas le contraire... Mais un jour, Jean-Pierre ne rentre pas à la maison. Il s'est suicidé¹²⁷. J'apprends cela deux mois avant la fin de mon congé maternité, ce

¹²⁷ Les facteurs en cause dans ce suicide sont complexes et ne sont pas les plus pertinents pour mettre en lumière la dynamique interne de l'accueil chez Mme Z. au risque sinon de faire croire abusivement au lecteur que cette dernière serait la seule à porter la responsabilité de ce passage à l'acte. J'ai donc choisi de ne pas m'étendre sur

qui a participé à ma reprise anticipée. A mon arrivée, je suis sidérée par le manque de mots posés sur ce décès violent, brutal et par le peu d'affects témoignés par Mme Z. Car Mme Z. était très attachée à Jean-Pierre et vivait mal le souhait de ce dernier de partir vivre dans son propre appartement. Mais Mme Z. dort mal. Elle s'est « *pris un coup dans la gueule* » me dit-elle. « *Il m'a trahi* ». Surtout elle maigrit à vue d'œil. Elle se cadavérise même et m'inquiète. Je la vois donc plus fréquemment mais quelques mois après, Charles nous apprend que Mme Z. accueille dans la chambre de Jean-Pierre un autre patient. Il vient d'un autre hôpital. Elle ne nous en a rien dit. Elle n'a pas dit à l'équipe de l'autre hôpital que moins d'un mois avant la chambre était occupée par un patient auquel elle était très attachée depuis plusieurs années et qui s'est suicidé. Charles commence à aller très mal d'autant que les relations avec Mme Z. se dégradent. Un jour, en entretien Charles me demande « *s'il a le droit de parler de ce qu'il veut en entretien* ». Quand je lui réponds par l'affirmative, il me dit qu'au domicile depuis plusieurs années, sans que nous nous en doutions, prescription était faite aux patients de ne pas « *aller raconter ce qui se passe à la maison* » à l'U.T.A.F.A., « *tout doit rester entre nous* ». Me Z. et son compagnon connaissaient des conflits importants. L'ambiance était violente. Me Z. pouvait également se fâcher brusquement envers les patients s'ils ne faisaient pas les tâches quotidiennes qu'elle leur demandait. Charles se disait terrifié, surtout depuis le décès de Jean-Pierre car il se retrouvait seul, face à Me Z. et à ce nouveau patient en qui il « *n'avait pas confiance* »¹²⁸ et qui avait été « *mis là par Mme Z. pour remplacer Jean-Pierre.* » Le conjoint de Mme Z. est parti vivre chez sa mère et nous l'apprenons par Charles. Quand nous décidons de mettre en place un entretien de Me Z et Charles ensemble, Me Z. nous dit se sentir « *trahie* » par ces patients qu'elle a « *intégrés comme des membres de sa famille et non comme des patients* ». Pour eux, elle nous a souvent menti, elle ne demandait pas aux patients de faire ce que l'infirmière leur demandait de faire au quotidien et nous disait pourtant que c'était le cas. Son engagement auprès des patients, elle le décrit comme cela. Ce n'est pas un engagement d'accueil ou de soin mais « *d'absorption dans le foyer* ». **Son engagement auprès des patients ne passait pas par un travail avec mais un travail contre nous.** Sa mission était de sortir des patients de l'hôpital qui les rendait plus malades qu'ils n'étaient. Après le décès de Jean-Pierre, Charles disait « *ne plus pouvoir mentir* » et continuer alors que Mme Z. avait si vite remplacé Jean-Pierre. Elle interprète les plaintes de Charles et

ce cas précis. Ce serait sans doute à développer. Par souci d'exhaustivité, j'ai préféré me concentrer sur l'impact de ce suicide dans la coopération et ce qu'il est venu révéler.

¹²⁸ Selon Charles., ce patient mentait, volait etc. Mme Z.

même le suicide de Jean-Pierre comme des manques de considération pour son travail, un manque de gratitude et des trahisons. Charles a mis fin à son placement chez Mme Z et a refusé d'aller dans une autre famille d'accueil. Il est parti de chez elle sans même se retourner, sans un mot pour elle.

Depuis, le travail a grand peine à reprendre avec Mme Z. car la confiance accordée à la Mme Z. a été bien entamée. Difficile de croire ce qu'elle nous dit car peu de temps après l'arrêt du placement de Charles, elle nous a dit que depuis des années, face à nous, elle acceptait de faire certaines choses pour la prise en charge des patients mais en réalité ne le faisait pas. Elle nous mentait depuis plusieurs années.

Malgré tout cela, nous avons choisi de redonner une chance au travail avec Mme Z., sous réserve d'un gros travail en entretien, sur le travail réel et parce que Mme Z. était capable d'accueillir les patients estimés les plus difficiles à l'admission.

Après plusieurs mois de travail entretien, sans accueil et une analyse plus poussée des enjeux relationnels présents dans l'A.F.T. pour Mme Z., nous essayons une nouvelle fois en lui présentant Soulimane. Force a été de constater par la suite que les conditions n'étaient toujours pas réunies pour arriver à travailler ensemble...

La coopération transverse défensive radicalisée ici a entaillé les conditions sociales de la coopération qui rend le placement à la fois secure et thérapeutique parce qu'elle a substitué la soumission des patients à la confiance.

c) Et la coopération avec la famille d'origine ?

Si la coopération transverse s'entend comme la coopération avec les bénéficiaires du soin, alors on peut estimer qu'il pourrait y avoir une coopération transverse avec les familles d'origine des patients.

Le temps de prise en charge en famille d'accueil permet la reprise de liens moins marqués par le conflit. Toutefois, je n'ai pas exploré ce versant-là de la clinique pour en tirer des hypothèses suffisantes. Je peux juste faire le constat que quand les liens familiaux n'ont pas été totalement rompus, ils peuvent être restaurés à l'occasion de la prise en charge en famille d'accueil et entre les deux peuvent se nouer des solidarités importantes pour l'accueilli.

Resterait à en explorer les modes de constructions, les enjeux psychiques et le fonctionnement...

À partir de ces différentes vignettes cliniques rendant compte du difficile travail qu'est l'A.F.T., on peut retenir plusieurs idées :

Ce travail, loin d'être duel est collectif ; mettant en jeu un collectif complexe, articulé et composé à la fois du collectif familial, des personnels de l'équipe dédiée ainsi que les autres soignants hospitaliers (psychiatres, psychologues, infirmiers etc.)

La relation thérapeutique au patient psychotique ne s'appuie pas sur des caractéristiques naturelles, la personnalité des acteurs du soin ou même un savoir dit « scientifique » mais sur un travail vivant codifié par des règles et des valeurs et lui-même producteur de règles et de valeurs. La relation thérapeutique s'appuie sur une activité déontique dynamique.

Les effets positifs sur la santé des patients se comprennent à partir de la dynamique coopérative qui se noue (ou pas) autour et avec le patient. Mais pour que l'effet soit pérenne, c'est-à-dire maintenu après la sortie d'A.F.T., la construction d'une activité déontique ascendante est nécessaire.

VII) L'activité déontique ascendante.

C'est ainsi que l'on pourrait appeler l'activité permettant le remodelage des règles de métier et les valeurs des pratiques hospitalières et médicales par celles des « profanes », des familles d'accueil.

Il faut tout d'abord préciser que cette partie-là du travail est loin d'être aisée pour les raisons déjà partiellement évoquées et qui ont à voir essentiellement avec les logiques de la domination symbolique. Loin d'être considéré comme « pertinent » le savoir concernant les patients (et la maladie mentale) dégagé par les profanes est plutôt méprisé et désavoué s'il ne subit pas une transformation, un habillage langagier. Il n'y a que peu d'occasions de rencontres entre les psychiatres et les familles d'accueil. De la même manière que je « traduis aux familles d'accueil le jargon médical psychiatrique, il me faut traduire les observations cliniques dont elles me font part en entretien ou que je recueille au cours des échanges avec les infirmières au retour de V.A.D. mais même quand cela peut avoir lieu, c'est une activité constante et sans cesse à renouveler. Elle peut se faire lors d'échanges ponctuels ou alors en

demandant la mise en place d'une réunion de synthèse autour du patient. Elle ne peut aboutir à la prise en compte de la réalité du vécu en famille d'accueil que si des conditions d'échanges sont satisfaisantes entre ces médecins et équipes hospitalières et l'U.T.A.F.A.

L'activité déontique ascendante est donc largement dépendante des conditions sociales du travail à l'hôpital. Et c'est là un second obstacle : on ne peut entendre que ce qu'on prend le risque d'écouter.

Aujourd'hui, les discussions cliniques disparaissent du quotidien du travail. Il faut donc faire preuve d'efforts toujours renouvelés et coûteux pour maintenir une dynamique de travail clinique à l'hôpital. La psychiatrie de secteur à l'hôpital général publique connaît une crise profonde (F. Debout, 2013).

Sur le terrain, un écart de plus en plus grand se creuse entre les équipes dites « soignantes » (infirmières, aide soignantes) et les équipes « médicales ». Des distorsions importantes se font jour concernant la définition de la maladie mentale et du soin auxquelles se réfèrent les différents corps de métier. Tous ne reconnaissent plus l'intérêt de la politique de secteur. Tous ne se réfèrent plus aux valeurs que cette dernière portait si bien que les valeurs de travail ne sont plus partagées et fédératrices. Dans ce contexte, peu d'expériences d'A.F.T. parviennent à être performatives après le temps d'accueil proprement dit. Et si la qualité du travail d'A.F.T. mené est bien reconnue, elle reste considérée au mieux comme le fruit d'un miracle, au pire comme un concours de circonstances dont rien ne peut être tiré comme valeur d'enseignement. De considérer l'A.F.T. comme un soin à le déconsidérer comme un « dispositif de désengorgement des services »¹²⁹, il n'y a alors qu'un pas. Les patients souffrent moins de maladie mentale que de problèmes sociaux, comme l'a affirmé en réunion d'équipe récemment notre chef de pôle. L'A.F.T. devient alors un service « d'hébergement » plus qu'une unité de soin.

Pour ces raisons principales, il est difficile aujourd'hui de construire, maintenir ou reconstruire une dynamique coopérative ascendante ce qui, nolens volens, aboutit à la dénaturation à petit feu de ce qui a été construit avec tant d'enthousiasme.

Pour faire de la recherche clinique concernant la psychose dissociative, il faut encore la considérer et la traiter comme une maladie accompagnée de son lot de souffrances... et non comme un problème social !

¹²⁹ C'est ainsi que fut présenté l'A.F.T. devant l'administration hospitalière par un chef de service de psychiatrie.

Les familles d'accueil thérapeutique font un travail de « maternage » disent-elle et dit-on d'elles. Mais alors que cette caractérisation renvoyant leur travail du côté des capacités maternelles et d'une nature prétendument féminine, leur déniait¹³⁰ dans le même temps des « compétences professionnelles de soignant » et tout savoir, nous avons pu démontrer qu'il est en fait extrêmement complexe.

Le travail de maternage est difficile, collectif et s'appuie sur des habiletés développées au contact de l'individu dont il faut s'occuper. Il génère de la pensée et du savoir. Si on reconnaît bien une action maternelle de ce type auprès des patients, il faut également la considérer comme un « travail vivant »¹³¹ c'est-à-dire à la fois reposant et fondant un travail intrapsychique ainsi qu'une pensée, spécifique à la situation de soin d'un sujet adulte dépendant sur le plan de l'autonomie mentale.

A l'issue de cette partie du chapitre consacré à la clinique du travail des familles d'accueil thérapeutiques, on peut dire que leur travail se compose de tâches dites « maternantes ». Il relève d'un travail maternel, loin d'être solipsiste ou même duel, dépend de conditions sociales.

À partir de l'analyse clinique du travail maternant et maternel effectué par ces familles d'accueil thérapeutique, nous avons pu établir que :

- **L'action thérapeutique menée par les familles d'accueil, par les activités dites maternantes, produit des effets thérapeutiques sur les patients, par la mise en jeu d'un corps-corps érogène.** Les effets thérapeutiques de l'action des familles d'accueil repose sur l'implication subjective de ces dernières allant jusqu'à l'acceptation de la colonisation de leur propre espace psychique par cet autre accueilli.

« Travailler ce n'est pas seulement produire, c'est aussi se transformer soi-même et cette transformation de soi est essentiellement une transformation de la façon d'habiter son corps. Cela passe par la colonisation de la subjectivité par le travail, hors du temps de travail, jusque dans les insomnies et même dans l'économie des relations amoureuses ; mais aussi dans les rêves. » (C. Dejours, op. cit. 2014 a., p26)

¹³⁰ Cette dénégation n'émanant pas tant des hommes, comme on aurait pu le croire, mais d'autres femmes soignantes.

¹³¹ Au sens retenu par C. Dejours dans son ouvrage de 2009.

Cette implication singulière et collective permet d'en retirer des gains narcissiques et des valeurs transmises et participe alors à la construction de l'identité et de la personnalité des enfants.

- Cette colonisation de l'espace subjectif de l'accueillante, risquée et nécessaire, induit la dynamique de subjectivation du patient et la « préoccupation soignante » nécessaire aux activités de soin.
- La préoccupation pour l'autre accueilli est intimement liée à celle pour les enfants et l'équilibre de la famille.
- Le travail d'A.F.T. peut produire des effets sur les accueillantes elles-mêmes : formation d'habiletés et réaménagement de « l'architecture de leur propre corps érotique » (C. Dejours, 2003 a.). Il produit des effets sur les dynamiques familiales mais aussi sur les enfants du foyer.
- Ces activités maternantes s'appuient sur la mise en jeu du corps érogène et des ressorts psychiques déjà mobilisés dans le soin et le maternage du jeune enfant. La colonisation psychique est le fruit d'un travail intrapsychique réalisé au cours de la situation de maternage qu'il s'agit donc de théoriser comme un travail (Arbeit). **La production du soin effectuée par les familles d'accueil thérapeutique s'appuie donc sur ce qui serait un travail maternel.**

Chapitre IV – De la mère au travail maternel.

« L'énigme, celle dont le ressort est inconscient, est séduction par elle-même, et ce n'est pas en vain que la Sphynge, est postée aux portes de Thèbes avant même le drame d'Œdipe »

J. Laplanche, 1987, p126

C'est par la mobilisation d'habiletés sensibles et intersubjectives développées dans la contrainte de devoir s'occuper d'un autre et avec pour objectif d'en développer la vie subjective –ce que je propose d'appeler le travail maternel- que les accueillantes thérapeutiques familiales parviennent à provoquer des transformations subjectives chez le patient psychotique qui leur est confié. Mais pour comprendre comment le travail maternel participe de la subjectivation de l'autre, il nous faut déplier le fonctionnement de ce processus qui œuvre du côté du sujet maternant, dans le cadre de la relation primaire ou plus exactement ce que J. Laplanche a proposé d'appeler la « situation anthropologique fondamentale »¹³².

L'association entre le comportement de soin maternel et le genre féminin traverse la littérature, sous forme d'un présupposé social largement véhiculé, y compris par la science et la philosophie. J. - J. Rousseau (1762) fondait l'association entre le féminin et le soin dans la différence homme/femme. C'est justement cette association, naturalisée dans le discours social, qui est aujourd'hui remise en question et critiquée dans les théories du genre et au travers des débats concernant la G.P.A¹³³, le mariage pour tous ou encore la stricte alternance de garde d'enfants même très jeunes de couples séparés.

La question est bien de savoir si les compétences de soins maternels sont fondés dans le lien biologique à la mère, dans le fondement biologique de notre nature sexuée ou si elles sont issues de savoir-faire acquis, d'expériences répétées dans lesquelles se constituent à la fois l'enfant (et donc l'adulte en devenir) mais aussi la mère elle-même. Dans la première hypothèse, le maternel et le féminin se voient posés comme fondement causal de la pratique et

¹³² Il s'agit de la relation de soins portant sur le corps et réunissant deux sujets en position asymétrique du point de vue de l'inconscient sexuel refoulé. L'un en est doté, l'autre non ou plutôt pas encore.

¹³³ Gestation Pour Autrui

de la répartition genrée du travail. Dans l'autre, ils en constitueraient plutôt les effets et on ne saurait définir ni le féminin ni le maternel sans référence au travail.

« Le maternel est un principe universel, genré *en fait mais pas en droit*. » (F. Bisiaux, 2013, p9)

La psychopathologie de la psychose convoque la clinique de la subjectivation entendue comme un processus débouchant sur la genèse d'un sujet. Nous parlons bien d'un double processus parce qu'il se compose à la fois de celui qui permettra un individu d'habiter le monde extérieur, de s'approprier le monde¹³⁴ mais aussi de faire exister le sujet lui-même en lui permettant, dans le rapport au monde, de se reconnaître et de se désigner comme soi-même. Le processus de subjectivation est entendu comme constitué de deux faces intriquées et liées entre elle. C'est à ses atteintes, aux aléas de sa constitution que la clinique de la psychose nous confronte.

Le soin en psychiatrie prend comme objet ce processus (voir chapitre V). La clinique de la psychose convoque inévitablement la question de l'originaire, de ce lieu-temps du surgissement du sujet et du pulsionnel. En psychanalyse, la question de l'originaire conduit à la question du maternel qui est « le fond sur lequel nous appuyons notre sentiment d'exister, nos rêves, nos pensées » (C. Anzieu-Premmereur, 2011, p1449). Ce concept, non psychanalytique, représente les fondements de la vie psychique selon C. Anzieu-Premmereur même s'il n'appartient pas spécifiquement à la métapsychologie. Le maternel représenterait les fondations (« Grund » et « Ungrund ») sur lesquelles nous sommes construits, le fond original ou ce que d'autres ont nommé l'archaïque. Un en-deça et en même temps la matrice du sexuel.

Il désigne un vaste domaine englobant à la fois tout ce qui a trait à la maternité (gestation, naissance, accouchement etc.) autant que les soins apportés au nourrisson (maternage). C'est encore la possibilité des hommes et des femmes à développer la capacité de « prendre soin d'un autre » ; ce mode psychique d'engagement dans la relation intersubjective jouant un rôle essentiel, vital pour le fonctionnement mental de l'enfant et son développement.

Dans cette acception donc, le maternel ne peut s'entendre qu'incarné et engagé dans un agir.

¹³⁴ Nous voulons ici désigner le processus de subjectivation faisant à la fois exister les choses du monde et les constituant comme autres que soi tout en les rendant familières. En somme en les constituant comme objets reconnaissables et appropriables.

Redisons-le, l'intérêt pour le maternage en psychiatrie n'est pas nouveau. Historiquement, il correspond à de nombreuses tâches confiées aux infirmières comme la prise en considération de l'investissement maternel, de l'incarnation de la figure et/ou de la fonction maternelle qui peuvent être au centre des conceptions de la relation de soin en psychiatrie. Pour autant, les enjeux psychiques de ces dimensions du travail n'ont pas fait jusqu'à présent l'objet d'une investigation critique. Le maternage tout comme le fait de pouvoir soutenir un investissement de type maternel ou d'incarner une telle fonction pour le patient ne sont ni affaire de don ni de talent « féminin ».

Le soin maternel est un phénomène complexe par sa situation à la frontière du vital, du moral et du social.

C'est un « foyer intense où s'affrontent l'ouverture des normes vitales, morales et la fermeture des normes sociales. » (F. Bisiaux, 2013, op. cit, p8)

La pratique maternelle confronte inévitablement à la maladie, à la douleur et à la souffrance de celui qui dépend des soins. Elle impose de se confronter à la mort à la fois potentielle et inéluctable. Il s'agirait donc d'anticiper et de conjurer le Mal avant qu'il prenne la forme de la maladie, de la mort ou autre chose. Donc la vie est d'emblée placée sous l'hospice de l'angoisse, de l'inquiétude et de l'absence de garantie quant à l'issue des efforts entrepris en vue de la construire. De ce point de vue, les soins maternels ne visent ni uniquement la satisfaction des besoins, ni la préservation du vivant mais la vie elle-même en tant qu'éprouvé. Ils visent à subvertir l'ordre du besoin au profit de la vie elle-même. Il ne s'agit pas seulement de bien-traiter l'autre dépendant mais de le rendre vivant, autrement dit l'amener à investir et à aimer la vie.

Parce qu'il s'adresse à une *personne, un sujet* (en tout cas un supposé sujet par celui qui effectue les soins), malgré la dissymétrie, le maternage répond déjà à des normes éthiques, morales et politiques : celle de reconnaissance de la valeur de la vie de chacun. Parce que cette entreprise, inévitablement – et dans son essence même car elle repose sur la prise en compte du dynamisme propre à la vie - confronte à l'imprévu, l'inattendu, l'aléa ou encore à l'échec, elle impose au sujet la reconnaissance de la dimension inaliénable à la maîtrise et à la volonté du processus vital. Se confronter au vivant oblige à une humilité certaine.

Il est pourtant communément considéré que le comportement d'une mère est « naturel », qu'il doit l'être ; qu'il est « instinctif » et ne réclamerait donc aucun apprentissage, aucune expérience. Mais cet argument porte en lui ses propres limites : toute mère ou tout adulte en

posture maternante a inévitablement été enfant, lui-même bénéficiaire de ces soins dits maternels ou maternants. **Le soin maternel est donc pour tout adulte, avant tout une expérience vécue.**

Ce comportement serait inscrit à même le corps, sorte d'empreinte dans la chair et s'incarnerait ensuite « naturellement » dans les gestes de soin aux enfants (comme à l'autre dépendant), sans recherche ni pensée réflexive. La mère « saurait » ce qui convient à son enfant. Cette figure positive (et valorisée dans les représentations sociales) venant dissimuler, scotomiser ce qui serait alors à considérer comme une « mère dénaturée » et même monstrueuse, celle qui n'aurait pas la conduite aimante, attentionnée et bienveillante, ou même celle qui ne saurait pas comment « bien faire ». La « mère bienveillante » est attendue, naturelle, évidente et normale (à la fois normalisée et normalisante).

Dans cette perspective, une mère ne saurait faillir, ni même ne pas aimer l'enfant dont elle doit s'occuper, sauf à être moralement mauvaise (ou psychologiquement malade !) et à sortir du registre de l'humain pour rejoindre le cortège des représentations du monstrueux, de l'inhumain voir de l'abject. Toute femme en charge de s'occuper d'enfants (et sans doute les hommes aussi mais dans un moindre poids) se doit, aux yeux de la société de les aimer, de s'en occuper de manière bienveillante car c'est à cette condition que se construisent les « bons citoyens » de demain. L'imaginaire social véhicule la figure d'une mère incarnée dans une femme naturellement dévouée et aimante, sensible et instinctive d'un enfant fragile, dépendant, vulnérable et ne réclamant qu'amour et protection. Tout ce qui ne souscrit pas à ce modèle entre dans les catégories du pathologique, de l'anormal ou alors du monstrueux, voir du Mal.

La psychanalyse s'est fondée sur la déconstruction de cette image angélique de l'enfant, plus partiellement sur celle de la mère en raison d'un impensé, la question du genre. Ce faisant, elle participe à la construction d'une figure mythique de la mère.

En fait, ce prétendu instinct qui se formaliserait dans les activités de nourrissage et de soin varient d'un peuple à l'autre, d'une culture à l'autre laissant à penser que cette nature instinctuelle serait en fait largement culturelle et le fruit de « techniques du corps » transmises et apprises (M. Mauss, 1934). On pourrait alors opposer à l'argument culturaliste qu'en dépit des variations culturelles, la « chaleur » et l'affection d'une mère sont, elles, universelles et naturelles. Mais c'est aussi faire l'impasse sur la clinique qui nous met face à l'extrême

variabilité et diversité des liens affectifs qui se tissent entre une mère et des enfants différents ou encore d'une mère à l'autre. Toutes les filles d'une même mère ne deviennent pas toutes « maternelles » et encore moins d'une même façon.

Ce qui semble instinctif se trouve en fait aux confins de l'apprentissage, de l'éducation, d'une transmission et sans doute d'un travail car il faut bien le souligner ici, on n'apprend pas passivement. La construction subjective (autant que la décompensation) est le fruit d'un processus dynamique.

Dans la même ligne de pensée, on trouve la croyance que ces comportements maternels ne peuvent être possibles qu'à celui ayant porté et mis au monde l'enfant. Mais là encore, la clinique montre que la fonction maternelle n'est pas liée à l'expérience de la parturition¹³⁵. Si le corps est bien en jeu dans le développement des habiletés maternelles, il ne s'agit donc ni du corps organique ni du corps féminin en particulier. Il est d'ailleurs des cultures où ce sont les hommes qui sont en charge de l'élevage des enfants.

« Ce point n'est pas pour nous sans importance pratique, car il pourrait conduire, dans l'abord thérapeutique du malade, au cours du maternage, à effectuer une répartition sexuelle des rôles, les fonctions maternelles étant réservées à des femmes. En figeant à l'avance les rôles des thérapeutes vis-à-vis du malade, on est au moins sûr d'aboutir à un échec. Il est en fait fréquent de confondre la division du travail selon les sexes – ce qui varie selon les cultures et selon les époques, et nous sommes dans une période où cela est remis en cause au moins en ce qui concerne les monopoles masculins – avec les critères sexuels eux-mêmes. De nos jours d'ailleurs, s'occuper de l'élevage des enfants cesse d'être l'apanage des femmes, même quand il s'agit de la nutrition et de la toilette. Mais par ce biais – l'élevage des enfants – il arrive que l'on confonde les tâches ménagères avec les fonctions maternelles. La confusion est d'ailleurs fréquente dans les hôpitaux psychiatriques où il n'existe pas de différenciation corporative entre fille de salle et infirmière. Les enfants ne s'y trompent pourtant pas : ils ne confondent jamais la femme de ménage avec la mère de famille. En principe une femme de ménage fait essentiellement les gros travaux, ceux qui concernent l'entretien de la maison, tandis que l'activité de la mère s'adresse directement au corps de l'enfant. Mais c'est surtout la place au foyer qui caractérise la mère comme telle, et non les travaux qu'elle effectue. La femme de ménage, théoriquement, ne répond en effet qu'aux besoins de l'enfant. En principe, car dans les faits, elle outrepassé très heureusement ce qui lui est demandé par la mère qui se fait remplacer.

Les besoins de l'enfant, comme ceux du malade à l'hôpital et de tout homme, sont d'ordre physiologique : nutrition – propreté – sommeil. C'est ce à quoi la femme de ménage et la fille de salle suffisent à pourvoir. Mais plus d'un souffre qu'il ne soit répondu qu'à cela et c'est contre ce comportement que s'efforce de lutter ce qu'on appelle l'humanisation des hôpitaux et des collectivités en général. Ce que tente d'exprimer la formule qui affirme que l'homme ne vit pas seulement de pain. Il y a là pourtant une fonction fondamentale sans laquelle la

¹³⁵ La clinique de l'adoption en est sans doute l'exemple le plus abouti.

vie biologique n'est pas possible, une fonction disons animale puisqu'aussi bien toutes les femelles les remplissent vis-à-vis de leur petits. Il manifeste pourtant qu'elle ne permet pas l'humanisation, si toutes les mères réelles y répondent. C'est aussi ce qui est satisfait chez les enfants hospitalisés au long cours qui deviennent des abandonniques, des carencés de soins maternels, faut d'avoir pu nommer mère aucune des femmes qui s'occupent d'eux pour les nourrir, les maintenir propres et leur permettre de dormir confortablement. On réussit là, expérimentalement presque, à démontrer qu'une mère n'est pas une nourrice, et qu'il ne suffit pas de répondre aux stricts besoins physiologiques pour être maternel. » (Y. Racine, 1978, pp37-38)

Il en résulte communément une confusion entre ménage et maternage mêlant répartition et division des tâches, du travail et de genre.

Concrètement, le maternage apparait comme un savoir-faire s'inscrivant sur un fond éminemment érotique. Il ne peut se réduire à une affaire de représentation même si la pratique est un mode de traitement des représentations sociales qui l'encadrent. Ou plutôt, la pratique maternelle est encadrée par des représentations des soins corporels et de l'autre dépendant mais elle produit à son tour des représentations ou les modifie. Le corps en jeu dans le maternage est un corps érotique qui n'est réduit ni au corps biologique (fût-il sexué et sexualisé) ni un corps genré mais résultant d'une dialectique liant les deux autour de l'investissement affectif de ce dernier. Par l'engagement du corps érotique qu'il réclame et ouvre du côté de l'enfant bénéficiaire, il suscite des affects qui, en temps ordinaire, exigent un travail d'appropriation subjective.

Devoir donner des soins au corps d'un enfant déclenche inévitablement des affects du côté du sujet adulte maternant (qu'ils soient du côté du plaisir ou du déplaisir) ou le constat de l'absence de ces affects prescrits par le champ social. L'adulte maternant se doit de ressentir certains affects qu'il doit ensuite transmettre à l'enfant. L'expérience affective est de ce point de vue, une contrainte sociale encadrant l'activité de maternage. Le ressenti ou le constat de l'absence de ces affects suscitent une exigence de travail ou tout au moins une reprise sur la scène psychique. Les affects entourant la situation anthropologique fondamentale n'appartiennent pas au registre du naturel mais bien du culturel.

I) Du *Nebenmensch* à la mère, l'incarnation par la pratique : La question des soins maternels.

1. Du *Nebenmensch* à la Mère chez S. Freud.

Chez S. Freud, ce maternel apparaît tantôt sous la figure de la première séductrice (1905-1915, 1910), premier objet sexuel, instigatrice de la situation œdipienne, et tantôt sous la figure neutre du *Nebenmensch* (1895, 1911 a.) s'incarnant par les soins dispensés au tout jeune enfant lui permettant de vivre. Très tôt dans son œuvre, S. Freud s'est interrogé sur la genèse de la vie psychique. Dans l'*Esquisse* (1895), S. Freud cherche à construire un modèle rendant compte des origines de la vie psychique et de la pensée. Il y dépeint un nouveau né en proie à des attaques pulsionnelles avant tout endogènes, internes et dont il cherche à se soustraire. Il a pointé le rôle de l'action d'un autre, cet « être humain proche », cet être *potentiellement* [j'ajoute] « secourable », *Nebenmensch* qui entend et répond de manière adéquate à l'appel de l'enfant en proie à une expérience de débordement, à une exigence de décharge des excitations endogènes qui l'assaillent. Ce *Nebenmensch* est donc en premier lieu pare-excitant. La vie psychique, la pensée et le sujet émergeraient de ce chaos pulsionnel.

L'excitation ne peut être supprimée que par une intervention capable d'arrêter momentanément la libération de quantités d'énergie à l'intérieur du corps. Cela exige donc une modification à l'extérieur du corps – biologique – qui

« En tant qu'action spécifique ne peut s'effectuer que par des moyens déterminés. L'organisme humain, à ses stades précoces, est incapable de provoquer cette action spécifique qui ne peut être réalisée qu'avec une aide extérieure et au moment où l'attention d'une personne bien au courant se porte sur l'enfant. Ce dernier l'a alertée, du fait d'une décharge se produisant sur la voie des changements intérieurs (par cris de l'enfant par exemple). La voie de décharge acquiert ainsi une fonction secondaire d'une extrême importance : celle de la compréhension *mutuelle*. L'impuissance originelle de l'être humain devient ainsi *la source première de tous les motifs moraux*. » (S. Freud, 1895, op. cit., p384)

Cet autre aidant n'est ni identifié comme la mère ni comme le père ou plutôt il semble revêtir les attributs de l'un et de l'autre, dans tous les cas un adulte. Ce serait donc dans cette rencontre originelle que naîtraient les premières valences communicationnelles des relations humaines et la morale fondée sur les expériences originelles de « désaide » et de soulagement de la souffrance liée à cet état (M. Schneider, 2011).

Dans les premiers textes de S. Freud, les premiers soins sont portés par un « être à proximité »¹³⁶, d'un genre neutre et qui n'est incarné que par l' « action spécifique » (et non par sa sexualité) qu'il met en œuvre pour soulager le corps de l'enfant débordé par des excitations endogènes. Cette rencontre originaire, placée sous le sceau de l'asymétrie et de la dépendance se fait pour S. Freud en 1895, sous le primat du biologique et non du sexuel. Cette figure d'un genre neutre, le *Nebenmensch*, se sexualise dans les textes ultérieurs de S. Freud, notamment à partir des *Trois Essais* où la Mère apparaît, protagoniste de la scène œdipienne. Initialement, le *Nebenmensch* n'est pas genré ni sexué et ne véhiculerait donc pas de message sexuel au jeune enfant.

La figure maternelle est chez S. Freud pensée d'abord plus objet que sujet, récepteur pare-excitant de l'investissement libidinal de l'enfant. Le rôle maternel est pensé comme pare-excitant, action visant le soulagement de la tension pulsionnelle de l'enfant, préalable nécessaire à l'investissement libidinal de son propre corps par ce dernier. Ce n'est que plus tard qu'elle se colorera d'un rôle plus actif et excitant par rapport à l'enfant, à la fois pare-excitante et première séductrice (S. Freud, 1910, op. cit.). Mais cette mère et son action maternelle resteront tout de même prises dans la configuration œdipienne – liée au père – si bien qu'on pourrait en conclure qu'avant l'avènement du conflit œdipien, la mère-sujet (et objet total) n'existe pas. **A mesure que la figure maternelle se sexualise, la question des soins maternels rejoint le second plan de l'analyse chez S. Freud, comme si les deux domaines ne pouvaient pas se tenir ensemble.**

2. Le maternel incarné dans les soins : La contribution de D. W. Winnicott.

Ce sont essentiellement les auteurs post-freudiens et principalement ceux de l'École anglaise, notamment D. W. Winnicott, qui se sont penchés sur la caractérisation de l'action de ce sujet maternel hors configuration œdipienne et sur l'investigation du poids revêtu par la réalité dans la construction psychique. D. W. Winnicott est celui qui précisément à partir de la prise en compte de la réalité des soins maternels apportés à l'enfant, renouvelle la considération psychanalytique de la genèse de la vie psychique. Pourtant, comme nous le montrerons, son entreprise se solde sur une nouvelle aporie : si l'analyse de la relation parent-nourrisson

¹³⁶ La traduction par « être à proximité » me semble plus juste que celle d' « être secourable » qui considérerait cet autre adulte comme naturellement secourable. Cet élément me semble davantage à poser comme une question que comme une affirmation.

apporte des éléments de compréhension concernant les qualités dont doit être doté le « soignant maternel primaire » (S. Ruddick, 1989) ordinaire pour participer à l'avènement de la *vie psychique*, elle ne permet pas de comprendre comment il participe à la construction de la *vie subjective*.

Rappelons-le, la considération de la place fondamentale de ces soins maternels dans le devenir psychique et la santé mentale date des années 40 et est liée aux conséquences de la guerre sur la pratique soignante auprès de jeunes enfants (voir chapitre I)¹³⁷. Deux auteurs se sont particulièrement penchés sur cette question, J. Bowlby et D. W. Winnicott en reprenant et en commentant l'*Esquisse* (et en particulier la phrase que nous avons citée plus haut), *Les formulations sur les deux principes de l'advenir psychique* (1911) et les *Trois Essais sur la théorie sexuelle* (1905-1915). Tous deux sont partis de la prise en compte des soins maternels mais chacun avait des objectifs différents. Ils poursuivent ainsi un point relevé par S. Freud mais non approfondi: le bébé n'existe que dans les soins qui lui sont portés. L'enfant est indissociable de l'adulte tout comme l'adulte est indissociable de l'enfant qu'il a été.

Tous deux ont insisté sur la question de la *dépendance* de l'enfant à l'égard de son environnement, le premier s'interrogeant sur les sources de l'attachement et du lien à l'autre ; le second sur les caractéristiques du soin à apporter au jeune enfant ce qui l'amène à lier entre elles certaines caractéristiques des soins premiers et ce qui sous-tend la santé mentale. Dans les deux cas, ce qui est en question, ce sont les conditions de la survivance à cet état premier d'immaturité et de dépendance. Chacun revisitent les conclusions freudiennes sans que pour autant leurs perspectives puissent être considérées comme sœurs notamment dans l'implication révisionniste que la théorie de J. Bowlby a eue sur la psychanalyse. Contrairement à lui, D.W. Winnicott – en dehors de la notion de pulsion de mort - n'a pas récusé les concepts de la métapsychologie freudienne.

¹³⁷ On pourrait faire référence aux travaux menés à la pouponnière de Lóczy à Budapest depuis 1947. S'appuyant sur différents principes fondateurs (la verbalisation, le jeu libre et le respect de l'activité autonome), l'approche Pikler-Lóczy vise à combattre le syndrome d'hospitalisme dont était victime une grande partie des enfants élevés en institution et donc privés de soins maternels au moment de la guerre. L'influence de l'approche Pikler-Lóczy est importante dans de très nombreuses structures d'accueil de la petite enfance en Europe. Par contre, pour réaliser une qualité des moments de soins qui permette un échange signifiant entre l'adulte et l'enfant, la formation ne suffit pas. Il faut aussi des conditions institutionnelles et organisationnelles, qui relèvent de la direction mais aussi du pouvoir organisateur. Cette considération pour le rôle central dévolu à l'organisation du travail de soin maternel au sein de la structure d'accueil mais plus aussi dans la société dans son ensemble, confère à cette expérience selon moi une place tout à fait particulière. Sur cette question, on peut lire le travail de M. David (qui a beaucoup travaillé également sur l'accueil familial pour enfant). Appel G. et David M (1973), *Lóczy ou le maternage insolite*, Toulouse, Erès, 2008.

En 1961, D.W. propose non plus de s'intéresser à l'enfant ou à son parent mais à « la relation parent-nourrisson ». Pour cela, dès son introduction, il se réfère au texte de S. Freud de 1911 :

« On objectera à juste titre qu'une organisation qui est esclave de principe de plaisir et néglige la réalité du monde extérieur ne pouvait substituer pour un laps de temps si bref soit-il, si bien qu'il ne lui aurait même pas été possible de se former. Le recours à une fiction de cet ordre se justifie néanmoins, s'il on considère que le petit enfant – *pour peu qu'on tienne compte aussi des soins qu'il reçoit de sa mère* – réalise presque en fait un système mental de ce type » (S. Freud, 1911 a. cité par D.W. Winnicott, 1961, op. cit., pp 107-108).

L'origine de la vie psychique ne peut s'envisager sans la prise en considération des « soins maternels » reçus par l'enfant.

D.W Winnicott relève cette partie de citation en italique mais pour souligner que si S. Freud se tenait prêt à prendre en compte les soins apportés au petit enfant, il n'a pas analysé les implications de cette prise en considération sur l'édifice théorique qu'il avait construit - notamment concernant la genèse de la vie psychique et l'action menée par l'autre parental dans cette genèse. Cela permet l'investigation du registre pré-œdipien.

Comme pour S. Freud, chez D. W. Winnicott, les soins sont dispensés par la « Mère ». Cette phrase a introduit dans le champ psychanalytique la pertinence l'analyse de la petite enfance non rabattue sur la question des mécanismes mentaux primitifs, ce à quoi D.W. Winnicott a apporté de précieuses contributions. Cependant, le commentaire winnicottien de la phrase freudienne - qui pourrait sans doute concentrer l'objectif poursuivi par D.W.Winnicott - a laissé à son tour un impensé : les modalités intrapsychiques de chacun des deux protagonistes en jeu dans cette rencontre primaire. D.W. Winnicott ne s'appuie en effet que sur l'une des valences de ce premier objet. Le *Nebenmensch* est envisagé comme objet de satisfaction, ou tout au moins de soulagement, sans que soit envisagé ce qui pousse cet autre-à-proximité à intervenir ou non auprès de l'enfant supposé en demande d'aide. D.W. Winnicott ne s'appuie pas pour cela sur toute la complexité du *Nebenmensch* décrit par S. Freud :

« Supposons que l'objet perçu soit semblable [au sujet qui perçoit], c'est-à-dire à un être humain. L'intérêt théorique qu'il suscite s'explique encore par le fait que c'est un objet du même ordre qui a apporté au sujet sa première satisfaction (*et aussi son premier déplaisir* [je souligne] et qui fut pour lui la première puissance. » (S. Freud, 1895, p 348)

La question du rôle tenu par l'ambivalence et la haine aurait pu, si elle avait été poursuivie, permettre l'analyse des modalités intrapsychiques en jeu du côté de la mère dans la rencontre intersubjective primaire. Il soulignait que la haine reconnue facilite le plaisir du maternage

mais sans plus approfondir la question. Il ne traite finalement pas tant cette question dans son analyse de la relation parent-enfant que pour la réserver comme question technique dans le cadre de l'analyse.

Pour D. W. Winnicott, le travail psychique de la mère est « adaptatif » et « adaptant ». Il n'est nullement question de travail affectif, ni de transformation subjective (ni pour la mère ni pour l'enfant). Si D.W. Winnicott a mis l'accent sur les registres psychiques et les qualités dont est dotée la « mère normale » permettant à l'enfant de se développer, c'est à partir de capacités « adaptatives » à son enfant.

« En préparant cet article, je constate que j'ai acquis une plus profonde compréhension du rôle parental à propos de cette question : la survivance de l'enfant à l'immaturation. J'ai pu en avoir une idée plus nette dans la façon d'introduire le monde à petites doses. Je veux dire par là qu'en s'adaptant aux besoins du moi de son enfant, la mère donne le temps aux facultés de l'enfant, qui apparaissent avec la maturation, de se développer » (D.W. Winnicott, 1961, pp 487-488).

C'est dans la possibilité de la mère à mettre en œuvre des capacités adaptatives aux besoins de l'enfant qu'elle peut permettre une continuité du développement affectif. En 1945, il le soulignait déjà, citant J. Bowlby. Et à la même période, A. Freud quant à elle, soutenait l'idée que les soins comptent plus que les personnes spécifiques. En pédiatre, D. W. Winnicott n'a cessé d'étudier les conditions d'un développement affectif normal et de cette analyse, il en tire un « portrait-robot » de la mère soignante, première figure de soin qui se caractérise plus par des dispositions et des aptitudes que par sa nature sexuelle, séductrice et inévitablement hétérogène. Cela lui permet d'élaborer une théorie du soin dans le domaine de la santé mentale. Il s'agirait si ce n'est de réparer les dysfonctionnements d'origine débouchant sur une organisation psychopathologique, tout au moins de réétayer, soutenir, béquiller cette organisation psychique. Le cadre analytique venant suppléer aux déficits de *holding* rencontrés pendant l'enfance par exemple. Dans une telle conception, tout soignant serait alors une figure maternelle et en A.F.T., l'accueillante remplirait le rôle d'un « Moi auxiliaire » (D. W. Winnicott, 1975). Cette « mère symbolique » venant suppléer aux manques de la mère réelle mise en cause dans l'étiologie de la maladie mentale et des troubles psycho-développementaux de l'enfant. Mais cela ne nous donne des clés de compréhension de la manière dont ce soin est opérant, en quoi il permet une transformation de l'économie psychique. Même si D. W. Winnicott n'origine pas la santé mentale de l'enfant dans la nature psychique de sa mère, il n'évite pas l'écueil d'une forme de naturalisation –par

la pratique – du maternel. Si D.W. Winnicott prend en compte l'action de la mère auprès de l'enfant et non plus seulement une configuration psychopathologique, il la relie tout de même à une « disposition psychologique » solipsiste.

Aucune action pratique n'est vraiment décrite par D.W. Winnicott. Ce qui amène certains auteurs à le critiquer, considérant qu'il a abandonné et rejeté les concepts principaux de la métapsychologie freudienne (L. Fulgencio, 2007) et d'autres, aujourd'hui nombreux dans la constellation psychanalytique contemporaine¹³⁸, à considérer au contraire que le travail de D.W. Winnicott refonde la métapsychologie freudienne (M. Girard, 2013). Ainsi selon M. Girard, D. W. Winnicott nous confronte à un problème épistémologique de fond : tous les travaux psychanalytiques portant sur les origines de la vie psychique depuis S. Freud se fondent sur une fiction théorique. A cela, D.W. Winnicott tente de remédier en articulant cette *fiction* des origines aux *faits*, c'est-à-dire à la question de la dépendance du nouveau-né. Selon elle donc, le travail de D.W. Winnicott se placerait aux fondements de la métapsychologie freudienne. Il ne se penche pas tant sur la naissance de la vie psychique que sur l'émergence du pulsionnel mais sur les conditions de la naissance de cette vie psychique. Il s'intéresse à ce qu'on pourrait nommer l'envers du pulsionnel ou son en-deçà, la dimension non sexuelle de l'action maternelle. C'est à cette même question que se confronte J. Laplanche, mais construisant une théorie toute autre et non articulable à celle de D. W. Winnicott¹³⁹. On pourrait dire avec J. Laplanche que l'objet de D.W. Winnicott n'est pas le message sexuel implanté par la mère mais se rapprocherait plus de « l'onde porteuse du message » (J. Laplanche, 1999).

« Une vue saine de la spécificité de la psychanalyse, du rapport du champ psychanalytique au champ psychologique du premier développement de l'être humain, pâtit gravement faut de distinguer le domaine de la sexualité et celui des adaptations psychophysiologiques premières, ce que Freud nommait auto-conservation avant de l'abandonner lui-même dans sa pensée. Face à cette aporie laissée par Freud, face à ce recouvrement, à cette retombée agie par lui dans sa théorie, la réaction la plus radicale est sans doute celle du dégageant de la ligne psychanalytique par rapport à toute psychologie, que ce soit chez Balint ou chez les

¹³⁸ Je pense notamment aux travaux de R. Roussillon par exemple.

¹³⁹ Sur cette question, il me semble que l'on ne peut pas suivre D. Scarfone quand il décrit une convergence entre le modèle laplanchien et le modèle winnicottien.

Scarfone D. (2005), « Laplanche and Winnicott meet... and survive », *Sex and sexuality: Winnicottian perspectives*, Karnac Books, London

kleiniens d'une certaine façon, voir éventuellement le repli sur « l'enfant mythique » ou « l'enfant psychanalytique ». (J. Laplanche, 1987, pp81-82)

L'objet de D.W. Winnicott recouperait partiellement celui de J. Bowlby et des travaux portant sur l'attachement car les « capacités d'adaptation de la mère » ne se limitent pas à son aptitude à satisfaire les besoins du nourrisson.

« Au stade que nous étudions, il est nécessaire de penser au bébé non comme une personne qui a faim et dont les besoins instinctuels peuvent être satisfaits ou frustrés, mais de penser à lui comme un être *immature* [je souligne] qui est tout le temps au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir idée. » (D.W. Winnicott, 1962, p11).

L'enfant serait protégé de cette angoisse « inimaginable », essence des angoisses psychotiques, par l'action maternelle qui va rencontrer l'enfant au stade où il en est de son développement. D. W. Winnicott parle d' « agonie primitive », d'une expérience de mort psychique proche de ce que W.R. Bion décrit comme les « terreurs sans nom », présentes dans les angoisses psychotiques et que R. Roussillon, s'appuyant à la fois sur B. Bettelheim, D.W. Winnicott et W.R. Bion propose d'appeler « terreur agonistique ».

« La terreur agonistique est un état de souffrance psychique extrême mêlé à une terreur de cet éprouvé ou de la violence réactionnelle qu'il mobilise. » (R. Roussillon, 1999 c., p140).

Cette terreur agonistique serait une expérience traumatique première ouvrant le champ à l'organisation défensive psychotique. Dans cette perspective, le modèle du traumatisme est toujours prévalent en matière de psychopathologie ; la mère remplissant l'office de structure primaire pare-traumatique (chapitre V).

Ce que D.W. Winnicott tente de saisir, c'est comment la satisfaction du nourrisson peut ne pas constituer une séduction traumatogène. Ce qui supposerait donc que dans cette conception, la construction saine de la vie psychique doive se fonder sur une absence de séduction d'emblée pensée comme traumatogène... perspective, il me semble reprise par R. Roussillon.

C'est moins la relation de dépendance que l'immaturation dans le développement psycho-affectif qui serait en cause dans l'impact traumatique de la rencontre avec l'autre. Toutefois, il faut le rappeler, D.W. Winnicott n'exclut pas le *potentiel séducteur* et sexuel de cette mère.

Cela reste compatible selon lui avec une conception « clivée » ou plutôt « biface » de cette figure maternelle.

Mais ce que la perspective de D. W. Winnicott, tout comme celles des théories de la relation d'objet, évacuent, faute de considération pour les éléments ressortant de l'autoconservation – qui ne sont ni à confondre avec un stade de moindre développement ni un stade « anobjectal » pour J. Laplanche, c'est la place fondatrice accordée à la séduction. Selon lui, c'est par la considération pour l'autoconservation que le « primat de l'autre » est réaffirmé sans glisser vers la théorie de la relation de l'objet. C'est à ce prix que la centralité du sexuel en psychanalyse, indissociable de l'objectalité, est maintenue.

Pour cet enfant fondamentalement immature (avant d'être dépendant), il y aurait donc deux mères : une « mère-objet » et une « mère-environnement ». Selon D.W. Winnicott, c'est cette mère-là qui assure le fond à partir duquel les fantasmes relatifs à la mère-objet pourront ou non se développer. Elle serait en cause, grâce à sa dimension non-pulsionnelle, dans la possibilité ou non donnée à l'enfant de s'assurer une « continuité d'existence ». Postuler l'immaturité radicale du bébé, selon D.W. Winnicott nécessiterait de postuler une fonction non sexuelle de la mère, complémentaire mais clivée de sa fonction d'objet sexuel. Postuler un tel stade d'immaturité radicale du Moi impose de postuler un support compensatoire à ce Moi, fonction du Moi maternel, intériorisé dans un second temps et qui est à distinguer de la Mère-objet introjecté des kleiniens. Chez D. W. Winnicott, il n'y pas de vie pulsionnelle sans cette Mère-environnement a-pulsionnelle. Dès lors on ne peut qu'objecter à D.W. Winnicott l'incomplétude épistémologique de son modèle théorique... (Tout comme celui-ci l'objectait à S. Freud !) Comment penser la genèse de la vie pulsionnelle à partir d'une conception a-pulsionnelle de l'action de l'autre, élément déterminant dans la genèse de celle-ci ?... Si on peut reconnaître à D.W. Winnicott d'avoir placé le focus sur l'autre et sur la relation intersubjective pour aborder l'intrapsychique, on ne peut que s'interroger sur l'a-pulsionnalité de ce dernier. Pour penser les origines du pulsionnel, D.W. Winnicott est contraint de les penser du côté d'un non-pulsionnel sans que rien ne puisse rendre compte du saut de l'un à l'autre. La question reste entière : comment penser l'origine de la vie psychique humaine si tant est qu'on persiste à la penser comme pulsionnelle ?

Si effectivement D. W. Winnicott, à la suite de S. Freud replace la situation originaire dans une fondamentale asymétrie, celle-ci ne se pense pas autour du sexuel mais du côté du

développement versus immaturité. Ce qui distingue le bébé de l'adulte, ce n'est pas la présence chez l'un d'un inconscient sexuel refoulé et son absence chez l'autre mais un niveau de développement et de maturité psycho-corporelle. Pour D.W. Winnicott, en premier lieu, ce qui différencie l'adulte de l'enfant dans la situation de soin primordial, c'est le degré de développement et de maturation. Pour J. Laplanche, l'adulte possède un inconscient sexuel et l'enfant non. La différence essentielle ne se trouve pas dans un degré de développement. Dans les deux cas, le corps en jeu dans la relation de soin n'est pas le même. Chez D. W. Winnicott, le corps n'est pas le corps pulsionnel, traversé par le sexuel qui ne peut que séduire et ainsi déplacer le corps de l'enfant mais un corps a-pulsionnel. Pour autant, D. W. Winnicott ne va pas plus loin dans l'explicitation des conditions de mobilisation de ce corps-là et son extraction du registre du sexuel. Comment un adulte doté d'un inconscient sexuel refoulé pourrait-il mobiliser un corps non infiltré de pulsionnalité ? Si on suit ce point de vue, il y aurait co-existence de deux registres : le corps sexuel et le corps soustrait du sexuel. Mais comment opérer cette soustraction ? Et comment se traduirait sur le plan métapsychologique cette co-existence ?

Cette mère décrite par D. W. Winnicott ne serait pas la femme. Pour une part, elle se dépersonnifie même dans un ensemble « mère-environnement » qui apporte à l'enfant les soins nécessaires à sa survie.

« La grande différence qui existe, aux yeux du nourrisson, entre deux aspects des soins infantiles : la mère qui est un objet, ou détient l'objet partiel propre à satisfaire les besoins immédiats, et la mère qui est une personne veillant à écarter l'imprévisible et qui, d'une façon active, soigne et dirige » (D. W. Winnicott, 1963, p34).

C'est une construction, une figure édifiée et « trouvée-crée » plus qu'un être réel et tangible.

« Dans son environnement, c'est graduellement que des parcelles de la technique des soins, des visages vus, des sons entendus et des odeurs senties seront juxtaposées pour composer un seul être qu'on appellera la « mère ». Cette mère édifiée par l'intermédiaire de ses expériences tranquilles est le même que la puissance derrière les seins qu'il a envie de détruire ». (D.W. Winnicott, 1945, p48)

La mère réelle n'est donc que la création-synthèse d'expérience vécue par l'enfant tout en étant sous la plume de D.W. Winnicott dessinée par des traits spécifiques. La néoténie de l'enfant le rend longtemps dépendant des soins maternels créant une unité fondamentale initiale de l'enfant et des soins maternels. Ce qui fait dire à S. Lebovici plus tard que « l'enfant

investit sa mère avant de la percevoir » (S. Lebovici, 1974, p81). Cette immaturité et cette dépendance initiale (ainsi que sa durée) sont un principe fondamental et quasi spécifique à l'être humain.

Si la mère de l'enfant est à la fois *environnement* et *objet*, cet objet alors se soutient moins de sa matérialité étrangère et hétérogène à l'enfant que du statut qu'il revêt pour lui. D'ailleurs dans la conception de la mère « suffisamment bonne », ces deux mères n'en forment qu'une. La mère-environnement n'exige rien et ce faisant permet au nourrisson d'être seul en présence de l'autre sans être séduit, stimulé ou excité par cet autre. Les deux mères sont nécessaires à l'élaboration, à l'édification de la « mère suffisamment bonne ». La mère de l'enfant n'est pas la personne réelle. La mère dépeinte par D.W. Winnicott est un portrait robot des qualités psychiques dont devrait être dotée cette mère qui permet le développement et la santé mentale de l'enfant. Cette mère pourrait donc très bien ne pas être une femme, voir ne pas être un individu singulier. In fine, c'est un être qui n'apparaît pas comme fondamentalement incarné dans une chair, tirillé par la souffrance ou le doute mais plutôt doté de fonctions et de qualités. C'est une vision très essentialiste et naturalisante de la mère qui est au final soutenue, alimentant sans doute l'imaginaire social d'une prescription normalisante du maternel. Celle qui doit être celle « sur laquelle on peut compter mais qui n'exige rien » (M. Girard, op. cit, p849) - si tant est que l'on puisse croire qu'une mère n'attend rien de ses enfants- confine au dévouement et à la sainteté.

De manière quasi métaphorique, D. W. Winnicott nous donne à penser ce qui fait la spécificité du donneur de soin (*care giver*). Ainsi pour G. Harrus-Révidi (2011, p24), la mère winnicottienne serait peut-être même le premier *Care Giver*. A la suite de cela, on pourrait soutenir l'idée que l'éthique naît dans cette situation maternelle primaire, conclusion somme toute sans dissonance avec les hypothèses freudiennes de 1895 et reprise par certaines éthiques du Care. **Cette mère ne se définit pas par son sexe ou sa sexualité mais par sa fonction auprès de l'enfant dépendant des soins; elle se définit donc moins par son amour pour lui (le registre affectif) que par son activité soignante.**

D.W. Winnicott, quand il reçoit les mères et leurs enfants, s'intéresse en premier lieu au développement de l'enfant et à sa santé. Ce n'est que dans un temps second qu'il s'interroge sur les conditions permettant ce « bon » développement. Ce qui l'intéresse avant tout, c'est de comprendre les conditions à partir desquelles se construisent la santé ou les troubles psycho-

comportementaux. Mais la pratique maternante ne fait pas l'objet d'investigation en tant que telle.

Pourtant le maternage est bien constitué par les activités même si une telle liste ne saurait être exhaustive et ne prendrait de sens que par l'analyse de ce qui lie ces tâches entre elles. En somme, même si D. W. Winnicott déplace l'analyse de la figure maternelle vers les soins maternels, en l'absence d'une théorie de l'action liant pratique et pensée, on ne peut pas comprendre comment cette action maternelle peut avoir des effets concrets sur la construction subjective de l'enfant.

Il manque ce maillon, liant pratique et pensée.

II) Pratique et pensée maternelle

1. Les Éthiques du Care, les « maternalistes » et les apports de S. Ruddick.

S'attaquant à la question des soins maternels laissés au registre de la *fiction* par S. Freud alors qu'il souhaitait prendre en considération les *faits* (c'est-à-dire la réalité de ces soins), D. W. Winnicott occulte deux dimensions de ces soins : d'une part le fait qu'ils sont dispensés par un adulte doté d'une sexualité et d'un inconscient sexuel (dont il ne peut se rendre maître) et d'autre part, le fait qu'ils forment une pratique descriptible mais laissée à *la responsabilité des femmes* dans nos sociétés.

Le maternage, l'agir soignant non décrit par D.W.Winnicott, est une pratique. Il se compose d'un ensemble de tâches invisibles et invisibilisées, liées entre elles et réalisées quotidiennement au bénéfice d'un autre. Il implique un certain nombre de savoir-faire techniques et d'habiletés tacites, qui ne sont pas seulement instrumentales, mais aussi intersubjectives, nécessitant l'engagement subjectif de la mère jusqu'à ce que le travail ait un impact sur sa propre subjectivité.

Aujourd'hui, on a tendance à regrouper les métiers de l'aide et du soin sous le terme plus englobant de *Care*. Le terme désigne à la fois le souci, la sollicitude, mais aussi le « prendre soin de », « l'attention portée à autrui ». Le souci de l'autre est au centre du travail salarié dans les crèches, les maternelles, les écoles, les collèges, les caisses d'allocation familiales etc. Le Care n'est pas seulement une théorie ou un courant d'idée, c'est surtout une série d'activités.

Si on suit cette idée, on ne peut pas décrire le Care sans prendre en considération le travail et les activités qui le composent. Ce terme permet de penser ensemble toute une série d'activités qui ont en commun d'être réalisées par des femmes et/ou des populations migrantes, minoritaires, considérées comme l'apanage des professions subalternes et non qualifiées (J. Tronto et B. Fisher, 1990). Des activités indispensables mais invisibles pour qui ne s'attarde pas à les regarder et dont dépendent notre confort, notre santé et voir notre (sur)vie. Dans ces activités, il y a non seulement des tâches matérielles, parfois pénibles ou rebutantes, mais aussi tout un travail d'attention aux besoins des autres qui requiert des compétences et l'expérience de ce que cela veut dire que de tenir compte de l'autre, de ses besoins. L'expérience de devoir faire avec la vulnérabilité et la souffrance d'autrui est au centre de ce que P. Molinier a proposé d'appeler le « travail de *Care* » (2013).

Les débuts des Éthiques du Care sont à situer dans les travaux d'une psychologue américaine, Carol Gilligan (1982). Elle propose une définition du Care qui repose sur une disposition psychologique inhérente au développement psychoaffectif des femmes. Elle ouvre la voie à des travaux qui s'inscrivent avant tout dans le champ de la philosophie morale et politique, plaidant pour une « voix différente » en morale. Les perspectives éthiques et de philosophie morale rencontrent les recherches féministes. Parmi les premiers travaux portant sur le Care, certains sont plus critiqués, notamment ceux des « maternalistes » dont la figure de proue est Nel Noddings¹⁴⁰ qui souligne les bénéfices d'une éthique du soin féminine par contraste avec une morale masculine. Sur ce point, rien de très éloigné encore des perspectives développées par C. Gilligan. N. Noddings (1984) est la plus critiquée en raison du naturalisme féminin qu'elle réaffirme. Selon cette dernière, le soin reste lié à une nature féminine (et non un maternage construit) et est structuré sur un modèle dyadique – ce que récuse par exemple Joan Tronto¹⁴¹. L'archétype en serait la dyade mère-enfant ; la maternité étant alors conçue comme expérience spécifique capable de servir de socle à une conception du lien social centré sur le soin d'autrui. Le livre *Moral Boundaries* de J. Tronto s'ouvre sur le constat de l'échec de la « women's morality » où on lit que la morale des femmes serait construite à partir du rôle maternel que jouent certaines d'entre elles. Elle rappelle d'ailleurs à

¹⁴⁰ On pourrait aussi citer par exemple le travail de N. J. Chodorow (1978), *The reproduction of mothering : Psychoanalysis and the sociology of Gender*, University of California.

¹⁴¹ Pour J. Tronto, le Care est avant tout une affaire collective et une question politique. Elle le définit comme : « Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, continuer ou de réparer notre "monde" de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie. » (1990, op. cit.)

cette occasion comment le contexte américain a vu cette « morale » utilisée de manière ambiguë par certaines suffragistes. J. Tronto renvoie dos à dos les maternalistes et les perspectives féministes construisant la maternité comme une aliénation. Dans les deux cas, on verrait à l'œuvre les mêmes forces de relégation politique. En somme, il semble que J. Tronto soit plus proche de S. Weil et d'H. Arendt que de S. de Beauvoir...

Selon moi pourtant il ne faut pas confondre rôle et travail maternel. Le maternel n'est pas naturel mais le fruit d'une construction sociale et culturelle. Si la conception du lien social soutenue par N. Noddings semble discutable, c'est aussi parce qu'elle repose sur une vision très naturaliste, largement répandue, de l'activité maternelle et pose le risque d'enfermer la femme dans une perspective néo-conservatrice puisque sa place et son rôle social se voient rabattus sur une activité maternelle et éducative, non valorisée et non reconnue sur la scène sociale, pensée comme extérieur au politique. De plus, elle ne s'appuie pas sur la prise en considération des liens entretenus entre pensée et action dans ces pratiques maternelles. On ne peut alors pas comprendre en quoi ces activités pourraient permettre l'émancipation féminine. Les théoriciennes du Care les plus connues en France sont celles qui se sont justement démarquées de ce naturalisme féminin.

Ce que la clinique du travail des familles d'accueil en psychiatrie adulte montre, c'est que le maternage et l'accueil *réclament un travail*. Ils se décrivent au travers d'activités très concrètes, pragmatiques et centrées sur les besoins spécifiques d'un autre dépendant. Les familles d'accueil se disent réaliser des tâches de maternage et le revendiquent comme tel. Le maternage est difficile et éprouvant. Ce que la clinique montre, c'est qu'il passe par de la souffrance, la répression pulsionnelle et le renoncement à des prérogatives personnelles. Dans le même temps où ces accueillantes revendiquent la reconnaissance des efforts et de la souffrance endurée, elles revendiquent également leur épanouissement dans le travail. Paradoxalement, c'est ce plaisir et l'épanouissement dans le travail, le gain subjectif dont elles témoignent qui est accueilli avec le plus de scepticisme, voir de méfiance.

Dans le courant dit des « maternalistes », il faut accorder une place particulière au travail de S. Ruddick (1989, op. cit) qui fonde sa théorie sur la prise en considération de la pratique maternelle (même si les conclusions politiques qu'elle en tire sont elles aussi contestables)¹⁴².

Selon elle, la mère n'est pas nécessairement une femme : « toute personne qui s'engage à répondre aux demandes de l'enfant et fait de ce travail de réponse une grande partie de sa vie, est une mère » (S. Ruddick, op. cit, édition de 1995) mais ce qu'elle appelle un « *soignant maternel primaire* ». Le maternage est donc indépendant du sexe biologique de celui qui le réalise. Elle note qu'il existe de nombreuses contradictions et obstacles dans ce travail, ce que la distinction entre travail prescrit et travail réel permet d'éclairer (voir chap. III) : les mères sont soumises à des prescriptions sociales les concernant et concernant l'enfant mais elles ne peuvent pas les exécuter dans s'y engager subjectivement si bien que les prescriptions sociales font l'objet de traduction différenciées à chaque nouvelle situation de maternage.

Notons que S. Ruddick ne s'appuie pas sur une théorie du travail. Si elle analyse l'activité des mères comme un travail, c'est pour se démarquer des courants de pensée considérant la maternité comme l'expression d'une nature. **Elle parle du maternage comme d'un ensemble de pratiques qui suppose des compétences et une intelligence propre.** Cela l'amène à pointer la place de la domination dans la relation de soin. Pour S. Ruddick (1995), s'il y a asymétrie des rôles et des places entre le pourvoyeur et le bénéficiaire des soins, cela aboutit à la mise en place de chaînes de domination entendue comme un exercice illégitime de pouvoir que la relation de Care peut favoriser. Les relations de Care peuvent être au service de la domination, y compris dans les familles. Voie ouverte mais non poursuivie... On ne peut que saluer l'effort de S. Ruddick pour problématiser l'activité maternante comme une pratique infiltrée des enjeux de domination irriguant la société dans son ensemble toutefois, il faut souligner le maillon manquant de cette théorie : comment passer des logiques sociales aux logiques affectives intimes ? Comment la domination s'inscrit-elle dans le corps même des individus ? C'est sans doute sur ce point précis que manquent les références à une théorie du travail et de la subjectivité.

¹⁴² L'expérience maternelle est selon elle est source de paix intérieure parce qu'à l'origine d'un raisonnement moral qui s'oppose à la guerre et à la violence (pour elle pensée dominante à tendance masculine). Ainsi la paix progresserait dans le monde si la pensée maternaliste parvenait à mieux se faire entendre. S. Ruddick précise cependant que la relation mère enfant est un idéal type qui peut être tenu par d'autres figures (pères, familles d'accueil...). Si effectivement S. Ruddick nous permet d'approcher les liens entre la pratique et la pensée dans l'expérience de maternage, le fait qu'elle n'adosse pas cela à une théorie sociale et une théorie du travail l'amène à scotomiser la prise en considération des liens de domination qui structure la société.

S. Ruddick ne considère pas le « travail maternel » comme quelque chose d'abstrait mais de très concret, inscrit dans la réalité, marqué par le pragmatisme. Il se compose d'une pratique codifiée par des règles et des valeurs. Selon elle, la Mère réalise toute une série d'activités pragmatiques et concrètes nécessitant la convocation d'habiletés techniques et émotionnelles complexes.

Par exemple, la seule tâche d'endormir le bébé peut impliquer une vaste gamme de techniques transmises socialement et investies culturellement mais qui ne sont ni juste techniques, ni subjectivement neutres: chanter, bercer, endurer et gérer les pleurs (estimer la durée des cris, garder son calme, savoir quitter la pièce et revenir après un certain temps...), calmer l'enfant en le portant ou non, apaiser les coliques et/ou les douleurs dentaires... sont des techniques apprises, transmises mais toujours testées, adaptées à chaque enfant singulier et éventuellement améliorées. Pour autant, dans tous les cas, le succès reste aléatoire. Cela peut ne pas fonctionner. L'imprévu, la contingence sont au cœur de l'aspect technique du travail maternel. L'endurance face à l'échec et la persévérance sont des gages nécessaires de la réalisation de l'ensemble de ces tâches de soin destinées à l'enfant dépendant mais elles ne peuvent pas présumer de la réussite des actions entreprises. **Inévitablement donc l'implication dans le maternage confronte l'adulte à sa propre souffrance – pas seulement la douleur et la souffrance de l'enfant - définie comme un état affectif résultant de la confrontation à la résistance et à l'échec.** C'est une souffrance créatrice qui, ordinairement, provoque ce que S. Ruddick appelle la « pensée maternelle ». C'est-à-dire que pour l'adulte impliqué et préoccupé par l'enfant, la souffrance engendrée par le constat que ce qui est fait pour lui est insuffisant. Ce constat met au défi, provoque l'effort de pensée amenant l'adulte à rechercher la solution. Ce lien entre souffrance et pensée dépend donc de la possibilité pour l'adulte d'être éprouvé par la situation de soin d'une part, par le maintien de l'engagement subjectif auprès de l'enfant d'autre part. Il dépend donc de conditions affectives et non émotionnelles. Le ressenti est placé en amont de l'activité de pensée et non en aval comme le suggérerait l'idée d'une « gestion émotionnelle » dans la théorie d'A. Hochschild déjà citée. **C'est l'expérience affective du sujet confronté à des normes et des prescriptions affectives et émotionnelles - l'écart entre les deux - qui met au travail et provoque la pensée. Dans cette perspective, il n'y a donc pas de « disposition psychologique » prédisant la qualité de la relation de soin primordial mais la possibilité ou non de l'adulte en position de donneur de soin de pouvoir être affecté dans la rencontre avec l'enfant ou l'autre nécessitant des soins. Pour autant, la question des**

conditions de possibilités d'affectation dans le rapport à l'autre n'est pas encore soldée... est-elle une affaire individuelle ou collective ?...

La souffrance de l'adulte (sa possibilité de la ressentir et de la traiter) devient la condition de possibilité du développement psychoaffectif de l'enfant (non atteint par un trouble ou une maladie empêchant développement ordinaire). Le constat de l'échec et la souffrance deviennent les conditions de possibilité de mobilisation de la pensée, les leviers de transformation de la souffrance initiale en plaisir, tant du côté de l'enfant que du côté de l'adulte.

Ces tâches peuvent se faire de manière instrumentale mais *ordinairement*¹⁴³, elles provoquent la pensée maternelle qui est toujours une pensée pragmatique.

«Par ce besoin de sollicitude [nécessaire au travail bien fait], une discipline distincte [au sens d'ensemble de règles et de méthodes nécessaires à la mise en œuvre d'une activité particulière] émerge ». (S. Ruddick, 1989, op. cit., p24.)

Même s'il existe une grande variabilité (socioculturelle, psychologique, historique, économique etc.) dans la mise en œuvre de ces pratiques, elles sont codifiées et l'échec en fait partie intégrante. La seule « pensée » ne présume pas du succès ou de l'échec des pratiques de maternage. Pour aller plus loin que S. Ruddick, il semble que la pratique maternante engendre la pensée et qu'à ce titre, elle puisse contribuer à l'accomplissement de soi, permettre un gain subjectif. En développant des habiletés et des registres de savoir nouveaux, le gain narcissique peut être au rendez-vous. Ce qui est en accord avec la théorie du travail et sa place dans la vie subjective soutenue par C. Dejours (2009, tome I).

Deux choses sont à noter : d'une part, les habiletés nécessaires pour effectuer ces tâches ne sont ni innées, ni spontanées et d'autre part, elles engendrent de la pensée, font penser la Mère. Ce qui fait penser la Mère et l'amène à construire des règles (qui sont les règles de vie reprises en famille), ce n'est pas seulement le besoin de protection de l'enfant, sa vulnérabilité mais les contraintes supportées par les Mères devant s'occuper d'enfants ou de proches. Faire, devoir mettre en œuvre le soin de l'autre et la convocation des émotions pour cela, nous dit S. Ruddick, fait naître la pensée et

¹⁴³ C'est-à-dire quand elles sont liées à des « émotions » nous dit S. Ruddick. Et c'est justement sur ce point que je discute la thèse de S. Ruddick. En faisant référence aux émotions et non aux affects, elle fait l'économie d'une référence à l'inconscient.

l'activité déontique¹⁴⁴. C'est à partir de ces règles et de ces valeurs que peut être jugé ce qui se fait ou ne se fait pas. Voilà récusée la thèse d'une intériorisation simple des règles sociales et des valeurs. Leur transmission et leur appropriation se font par le truchement de ce qu'on peut bien appeler un *travail subjectif*. De cet engagement dans l'activité, nous dit S. Ruddick, naît ce qu'elle appelle la « pensée maternelle ».

Contrairement à ce que soutient C. Gilligan, la pensée morale advient de l'expérience et non d'un développement psychosexuel.

Deux points restent critiquables : la référence aux émotions et non aux affects¹⁴⁵, ce que pourtant la clinique récuse (chapitre III) et la « spécificité » de cette pensée. L'écueil de la féminisation et du naturalisme n'est pas évité. Il faut tout de même admettre que l'avancée est ici importante : le Care s'appuie sur une série d'expériences et d'activités comme le note également J. Tronto mais en plus, de ces expériences et activités naît la pensée. S. Ruddick apporte un jalon supplémentaire à l'élaboration de ce que serait le travail de soin en liant action et pensée. En somme, le quotidien n'est pas bête. Ceux qui sont en charge du quotidien pensent... et travaillent !

2. Pensée, émotions ou affects : L'engagement du corps. La contribution de C. Dejours.

Reprenons un temps cette question du « travail émotionnel » qu'aurait à réaliser la Mère.

Pour que le soin soit « vivant »¹⁴⁶, elle doit communiquer des « émotions » à l'enfant dont elle s'occupe. Toutes les tâches sont infiltrées non seulement par les affects ressentis par la mère au moment où elle exécute ces tâches mais aussi par la pensée de ces affects et par les prescriptions sociales qui lui sont faites en matière affective (ce qu'elle est sensée faire, communiquer, transmettre). Par ailleurs, chaque mère a d'abord été un enfant dont on a pris

¹⁴⁴ C'est-à-dire l'activité consistant à produire des règles et des valeurs. Ce sont également ces règles qui constituent « le collectif » en psychodynamique du travail.

¹⁴⁵ Ce qui fait l'économie de l'inconscient et, de ce fait, ne permet pas de comprendre les transformations subjectives dont les sujets rendent compte au décours de l'engagement dans ce type d'activité.

¹⁴⁶ Qu'il « anime » le bénéficiaire des soins, qu'il transmette quelque chose de la vie, de l'érogénéité, source du lien affectif à l'autre.

soin d'une manière particulière et singulière. **Ces soins ont marqué libidinalement son corps d'une certaine manière aboutissant à une construction singulière de « l'architecture du corps érogène » de cet enfant, futur adulte lui-même potentiellement donneur de soin.** Cette adulte-mère qui ressent des « choses » au contact de cet être dépendant pour lequel elle est en charge des soins vitaux primordiaux et de l'humanisation, le fait avec son corps à elle ; un corps singulier dans sa manière de palper et ressentir le monde. Elle le fait donc avec un corps construit dans les soins qu'un autre maternant lui a dispensés. Elle le fait avec un corps marqué et irrigué de la libido implantée par un autre sujet adulte dont l'action est encadrée par des contraintes et des prescriptions sociales. Chaque adulte entretient un rapport libidinal avec son corps différent et sans nul doute singulier. Certains sont plus sensibles, plus doux que d'autres, certains sont plus maladroits, plus brusques etc. dans les gestes portés sur le corps de l'enfant. Le corps de l'adulte en jeu dans ces soins premiers est donc un corps marqué par les vulnérabilités, les failles, les impotences parfois de ce corps érotique. Toutes ces singularités viennent de la manière dont il s'est construit et elles ont donc une influence sur la manière dont le corps de l'enfant à prendre en charge va se construire. Si on suit cette idée, on ne peut pas faire l'abstraction de la mobilisation de l'inconscient de l'adulte au cours de la situation de soin donné à l'enfant. Ce qui attrape et mobilise le corps, c'est l'affect.

Dans sa théorie, C. Dejours accorde une place et un rôle centraux au travail, aux côtés du sexuel. Il s'appuie sur une théorie du travail, ce qui manque à S. Ruddick.

Pour C. Dejours (2003 a.), sur fond d'héritage laplanchien, le corps érotique, celui qui nous permet de sentir, ressentir le monde et les autres n'est pas donné d'emblée. Il est le fruit d'une construction dans la rencontre avec l'autre adulte doté d'une sexualité. Le corps de l'enfant est initialement dépourvu de sexualité. C'est l'adulte qui, malgré lui et à son insu, l'« implante » (J. Laplanche) à la faveur des soins pratiqués sur son corps. Dans cette théorie, le corps sexuel advient par « décollement » et « détournement », par « subversion libidinale ». Le corps biologique et le corps érotique sont deux réalités distinctes et articulées par les imperfections du processus de subversion libidinale¹⁴⁷ opéré par l'adulte lors des soins dispensés au corps de l'infans.

¹⁴⁷ La subversion libidinale est un processus dont l'issue est toujours incertaine. Elle ne peut pas toujours aller à son terme, en fonction du travail psychique d'appropriation qu'aura pu mener l'enfant et de la manière dont l'adulte traite l'enfant. Les impasses, les achoppements du processus se traduisant alors toujours par des « vulnérabilités » dont personne ne peut être indemne et que le clivage psychique permettra plus ou moins de compenser. Donc non seulement le corps érotique n'est pas une fois pour toute construit mais en plus il est toujours à reconquérir.

Par ailleurs, cette expérience de subversion libidinale et « sa sédimentation dans le corps érogène sont entretenus par le travail du rêve » (C. Dejours, 2003 a., op. cit. p11).

Le processus se poursuit donc tout au long de la vie.

Quand l'adulte soigne et manipule le corps de l'enfant, il ne peut pas le faire de manière totalement déssexualisée. Le corps touché de l'enfant est, du même geste, touché par le sexuel de l'adulte, même si celui-ci a fait l'objet d'un refoulement ou d'une répression. Le sexuel détourne alors l'organe de sa fonction biologique initiale. Il est « subverti » par le sexuel. **Mais cette subversion libidinale est liée à la manière dont l'adulte pourvoyeur de soin effectue ces soins, à la manière dont son propre corps a été lui-même subverti, puis à la poursuite ou non du processus à l'adolescence et enfin à l'âge adulte (et du rôle pris ici par la rencontre amoureuse et du travail).** C'est il me semble, un point crucial car cela implique de ne pas limiter la genèse de la pensée au domaine réservé des stades précoces (voir archaïque) de développement. Cela peut se voir refondé à l'adolescence et à l'âge adulte, à partir d'une certaine mobilisation du corps érotique pris dans la rencontre intersubjective, dans laquelle les registres affectifs et expressifs sont intriqués. **Cela nous amène à adopter un point de vue évolutif mais non développemental en matière d'analyse des liens psyché-soma, ainsi qu'à réaffirmer la place centrale accordée à la pulsion dans cette évolution.**

Le corps pourvoyeur de soins porte la trace des soins dont il a fait l'objet et laisse sur le corps de l'enfant la marque de sa propre subversion libidinale. C'est donc par l'entremise de ces soins primordiaux que se construit alors une transmission entre adulte et enfant.

« L'architecture du corps érogène est une des formes sous laquelle l'enfance est mémorisée dans l'adulte » (C. Dejours, 2003 a., op. cit., p 12).

Mais alors on pourrait penser que dans cette histoire, l'enfant n'est que le récepteur des aléas de la construction du corps érogène de son parent, tout comme ce dernier l'avait été vis-à-vis de ses propres parents. Ce serait faire abstraction du *travail psychique* effectué par l'enfant et qui prend sa source dans les nouvelles expériences du corps apportées par le contact avec l'adulte.

Le processus est dynamique. Il nécessite une appropriation. Le corps de l'enfant n'est pas juste marqué par l'adulte, il devient aussi dans le même geste objet de sa propre réappropriation. Ce corps nouvellement frappé du sexuel inconscient de l'adulte amène l'enfant dans une expérience du corps autre que celle connue jusqu'alors, une « expérience énigmatique » stimulant l'effort de pensée.

Pour C. Dejours, qu'il le veuille ou non, la rencontre avec le corps de l'enfant déclenche chez l'adulte des sentiments et des affects (même si c'est du rejet) et ce sont ces sentiments et ces affects perçus par l'enfant, de leurs effets sur son propre corps, qui font « énigme à traduire » (pour reprendre le vocabulaire laplanchien). Parce que ces affects et sentiments gauchissent, dévient les gestes de l'adulte, ils provoquent une expérience du corps nouvelle (et impensable à ce moment-là) pour l'enfant.

Dejà parmi les Idéologues du XIXème siècle, on trouve le projet d'une anthropologie fondant la pensée dans une expérience du corps. Parmi eux, on peut compter Maine de Biran (référence importante pour la phénoménologie de langue française notamment Merleau-Ponty et surtout M. Henry repris par C. Dejours) qui tente de fonder une science de « l'entendement » c'est-à-dire s'intéressant à la genèse des idées. Cette genèse de la pensée, Maine de Biran l'inscrit dans l'engagement moteur du corps, dans l'effort moteur du corps duquel émergerait « *l'aperception immédiate* », première connaissance immédiate et certaine portant sur le corps propre, autrement dit la certitude de sa propre existence (Maine de Biran, 1807). C'est par l' « aperception immédiate » que le corps devient proprement subjectif, incarné et distinct d'un corps-organisme. L'effort volontaire, résultant de la confrontation dans le monde à un obstacle, est le moyen de se sentir soi-même ; il est donc le moyen par lequel le Moi advient. Si on suit cette idée et - même si Maine de Biran ne s'appuie pas sur la clinique des patients psychiatriques - comment penser cela en regard de l'aboulie et l'apragmatisme¹⁴⁸ ? **La psychose dissociative doit-elle dès lors s'entendre comme un trouble de l'aperception lié à des difficultés de l'engagement du corps dans l'effort volontaire ? On ne pourrait dès lors la définir liée à des formations défensives, secondaires et du côté de l'inhibition. Cette défense serait impliquée dans la**

¹⁴⁸ L'apragmatisme (du grec constitué du *a-* privatif et *pragma -atos*, action d'entreprendre) est un symptôme psychiatrique qui se traduit par une incapacité à entreprendre des actions. Il en résulte une perte d'initiative motrice, une inaction prolongée. Ce symptôme est à distinguer de l'aboulie. En cas d'aboulie, il y a intention d'agir et planification des tâches, mais leur exécution est rendue impossible, tandis que dans l'apragmatisme, la capacité même de « vouloir faire » est atteinte.

confrontation au monde imposant la confrontation à soi-même, à la nécessité de se sentir soi-même. On pourrait alors supposer que dans la psychose dissociative, la défense centrale que serait l'inhibition, permettrait justement au sujet de ne pas se confronter au fait de ne rien sentir en lieu et place de ce qu'on devrait sentir en soi (voir chapitre V).

Selon Maine de Biran, la conquête du corps s'effectue alors par un prolongement de l'effort sensible. C'est par l'aperception par l'effort que Maine de Biran repère la naissance de la pensée. Le bébé pleure par instinct en premier lieu et sans avoir une quelconque intuition qu'un autre sujet pourrait lui apporter secours. C'est dans un deuxième temps que les appels sont transformés comme des signes volontaires appelant l'autre à son secours. Pourtant il me semble que cette vectorisation vers l'autre est liée, même si Maine de Biran n'en dit rien, aux réponses apportées par l'autre. C'est dans cette transformation du cri non dirigé en agir dirigé vers la communication que naîtrait la subjectivité selon Maine de Biran parce qu'à cet instant, le geste se dote d'une intention. Une fois doté d'une intention et d'une volonté qui s'exprime (le 1^{er} cri volontaire), le bébé reproduit, s'imité lui-même, il répète volontairement.

« Dans la libre répétition des actes que sa volonté détermine, il a la conscience du pouvoir qui les exécute, il aperçoit la cause de son effet et l'effet dans la cause : il a le sentiment distinct de ces deux termes de ce rapport fondamental, en un mot il réfléchit. » (Maine de Biran, pp 371-372 cité par C. Dejours, 2009, op. cit., p.69)

L'anthropologie biranienne du corps reste très solipsiste. Tout est affaire d'un rapport entre un sujet et lui-même. Ici nulle mention du rôle tenu par l'autre dans l'advenue de la subjectivation. Maine de Biran ne creuse pas plus avant cette question ce qui l'aurait amené à prendre en considération l'autre volet de l'aperception du corps- qu'il ne fait ici que pointer – *l'aperception médiate*, c'est-à-dire celle qui se fait par le détour d'un rapport à la matière ; celle qui permet l'appropriation du corps propre par l'engagement de ce corps dans le rapport à un objet externe. C'est sur ce point que la théorie du « travail vivant » et de la sublimation de C. Dejours prolonge les apports biraniens (C. Dejours, 2015, conférence tenue à Dijon sur corps, travail et narcissisme).

La rencontre primordiale a ceci de spécifique qu'elle engage deux entités qui se constituent comme sujet au décours de la rencontre elle-même qui est avant tout rencontre de deux corps situés dans une asymétrie fondamentale.

Du point de vue du nourrisson, la mère – comme lui-même – ne sont pas perçus comme des sujets entiers et séparés. L'existence de la mère n'advient à l'enfant que progressivement,

dans l'expérience des soins apportés. Ce n'est que progressivement que l'un et l'autre se dotent de qualités leur permettant d'être définis comme objet et sujet.

Du point de vue de la mère, rien a priori sauf la manière dont elle envisage le nourrisson ne le définit comme sujet. C'est dans l'investissement maternel et le traitement qu'elle réserve au corps du nourrisson que sa qualité de sujet lui est donnée. La mère investit libidinalement le corps de l'enfant – de la même façon que s'il s'agissait d'une partie de son propre corps – et lui reconnaît la qualité d'être doté d'une « vie d'âme » pour reprendre le mot freudien. Le nouveau-né gesticulant, se contorsionnant, criant, éructant n'est doté d'une subjectivité que dans l'investissement de l'autre maternant. C'est dans ce rapport libidinal fondamental qu'il est humanisé et subjectivé.

En 1899, S. Freud dit :

« Les enfants satisfont notre désir d'immortalité »

Le bébé est investi de tout le narcissisme parent, reviviscence du narcissisme infantile, source d'un amour intense de l'autre comme s'il était soi-même et permettant à l'adulte maternant de se plier aux exigences et besoins du nourrisson, réprimant dans le même mouvement ses aspirations individuelles. Si bien que dans l'amour maternel, tout n'est pas pure abnégation et don de soi mais bien au contraire, amour de soi entendu à la fois comme investissement du Moi et du corps mais aussi satisfaction des intérêts auto-conservatifs du Moi. Il y a une composante puissante d'amour de soi, de narcissisme dans l'amour maternel. Ce dont l'adulte maternant prend soin, c'est d'une partie de lui. Ce que le bébé apprend à aimer en lui, c'est aussi l'autre qui, à l'origine, a pris soin de lui et l'a rendu aimable.

L'investissement de soi et la constitution du moi ne s'entendent que par le truchement d'un rapport à la réalité externe et aux objets matériels qui la peuplent.

Cet investissement amoureux non-évident¹⁴⁹ ressort bien d'un corps à corps ainsi que d'une lutte, d'un affrontement à ce qui peut bien s'appeler *la matière* définie par C. Dejours comme « ce qui ne parle pas mais réagit » (C. Dejours, 2014 b.).

¹⁴⁹ A vrai dire très loin de la « folie maternelle normale » de D. W. Winnicott et reprise par A. Green (1980). Il n'a rien d' « intuitif » et de « spontané ».

La mère doit pouvoir décoder les cris, les bruits, les mouvements, les évitements du corps de l'enfant ou plutôt les doter d'une valence communicationnelle, les considérer comme expressives avant qu'ils ne puissent le devenir réellement.

Cela ne se fait qu'au prix de l'endurance et de l'obstination face à l'échec et cela nécessite l'engagement subjectif intense de soi. Il lui faut échouer, douter, recommencer, avant de trouver comment soigner cet enfant singulier.

« Familiarisation qui passe par un corps à corps avec la matière, l'outil ou l'objet technique, orientée fondamentalement par la volonté d'un dialogue. Dialogue entre le corps du travailleur et la matière ou l'objet technique. Mais ce dialogue est inégal. Parce que la matière ou la machine ne parle pas. Faute de la faire parler, il faut la faire réagir. (...) Si la notion de subjectivation a un sens, ce ne peut être que dans ce rapport avec la matière dans un corps à corps avec elle, que cette matière devient, enfin, habitée par la vie » (C. Dejours, 2014 b., op.cit).

Il serait aberrant de soutenir la comparaison entre le bébé et une machine toutefois, il me semble que le corps à corps engagé avec le bébé relève des mêmes registres que le corps à corps avec le monde et les objets qui le peuplent ; corps à corps nécessaire à toute mise au travail. C'est à partir de son propre corps que les bruits, mouvements, odeurs, cris anomaux sont reconnus. Il faut y ajouter le concours du fantasme animiste – le *Phantasieren* – qui dote le bébé d'une vie psychique, d'une *vie d'âme* (Seelenleben) dont il faut présumer qu'elle croît, qu'elle naît (sans doute à partir d'un potentiel inscrit - peut-être même génétiquement - mais qui nécessite l'intervention de l'autre pour cela). C'est sans doute à la faveur de ce corps à corps érotique que l'enfant déjà investi est alors aimé¹⁵⁰.

La mère a donc à interpréter à la fois ce qu'elle ressent au contact de cet être « qui ne parle pas mais qui réagit », les prescriptions et normes sociales qui lui sont adressées.

« Le fantasme c'est aussi ce grâce à quoi non seulement je me libère des contraintes de la prescription, de la procédure ou du mode d'emploi, mais ce grâce à quoi je me joue de ces prescriptions, je ruse avec elles, je me laisse aller à la provocation, à l'impertinence, à la transgression, à l'infraction, à la destruction. Le fantasme enfin, c'est ce qui, à toute cette gamme d'écarts par rapport à la norme, confère la texture d'une expérience irréductiblement singulière et individuelle, à nulle autre pareille. » (C. Dejours, 2014 b., op. cit.).

Cette pensée incarnée fait que toutes les prescriptions sociales et les normes concernant le soin maternel ne se formalisent pas en schèmes standardisés et normalisés de comportements

¹⁵⁰ Inutile d'ajouter ou de rajouter une fois de plus que l'amour maternel n'a rien d'évident, de naturel ou d'instinctuel!...

de soin. Ils sont gauchis, pervers du fait de l'implication de l'inconscient sexuel refoulé de cet adulte en posture maternante.

Cet inconscient est mobilisé à différents niveaux :

- par l'affect ressenti/ou l'absence de ressenti dans un contexte de prescription
- par le recours à l'activité fantasmatique
- par l'investissement narcissique de l'enfant.

En fonction des « prescriptions sociales », des valeurs et de l'histoire personnelle (familiale, affective etc.), les pratiques maternantes varient d'une mère à l'autre. Qui plus est, ce travail affectif est toujours pris dans une dynamique et une temporalité spécifique. **Le travail pratique maternel est référé à un *enfant réel* mais aussi à l'*Enfant générique* entendu comme catégorie culturellement construite. Cette définition culturelle (c'est-à-dire à la fois sociale, juridique, politique et scientifique) permet de guider et fournit un cadre général de référence pour penser l'ajustement des pratiques et anticiper. Un enfant, ça grandit et ça évolue. Le « *soignant maternel primaire* » (S. Ruddick) opère une activité anticipatrice qui lui permet de se maintenir dans une relative synchronicité avec les besoins théoriques ou supposés de l'enfant.**

Les tâches et l'expérience affective de ces tâches changent donc constamment à mesure que l'enfant grandit, quand un besoin imprévu survient (un accident, par exemple), ou encore quand la vie [économique] du foyer change. Les premières années de l'enfant sont les années de la plus grande dépendance, et la mère d'un nouveau-né peut passer de nombreuses heures dans une même journée à allaiter et/ou donner le biberon et ce pendant plusieurs semaines, tout en s'occupant du bain et des rythmes veille/sommeil de l'enfant. Il faudra également nettoyer le linge, chanter et faire la lecture à l'enfant, le stimuler à marcher et jouer, socialiser l'enfant avec les autres (les grands-parents, mais aussi d'autres enfants...), veiller sur la santé de l'enfant, apprendre à repérer et à intervenir sur les premiers symptômes de maladie, comprendre les raisons pour lequel le bébé pleure et tenter de l'apaiser... Avec le développement physique, intellectuel et affectif de l'enfant, la mère doit modifier, ajuster progressivement et constamment ses propres comportements techniques et ses attentes, tout en restant à l'écoute pour répondre aux besoins spécifiques et singuliers de l'enfant. Le degré avec lequel cette opération est réalisée, varie entre les sujets et au fil du temps pour chaque mère.

Ordinairement, l'enfant en âge scolaire, plus autonome n'a plus les mêmes besoins de soins physiques. Pour autant, la socialisation, l'éducation, les besoins affectifs de l'enfant impliquent un éventail très large de nouvelles tâches et techniques: aider l'enfant à apprendre à lire, à écrire, à épeler, à écouter, à regarder, à compter, à nommer les objets, à se moucher, mais aussi parler à l'enfant de sa famille, de l'histoire familiale, de la société, répondre à ses questions sur la vie, lui expliquer la raison de l'existence des choses ou la manière d'agir sur le monde, lui transmettre des raisonnements et des valeurs éthiques ou spirituelles et lui en faire la démonstration, suivre, surveiller ou encourager des expériences physiques de l'enfant tout en lui apprenant à ne pas se mettre en danger etc.

Pour accomplir toutes ces tâches, la mère doit associer d'autres personnes (père de l'enfant, famille, fratrie, amis, mais aussi les personnels médicaux et paramédicaux, les personnels de l'éducation et les intervenants de la scolarité de l'enfant...) et créer des voies de coopération autour de l'enfant.

L'ensemble de ces savoir-faire sont mis en œuvre quotidiennement et pendant une durée longue nécessitant l'investissement à la fois des tâches et du bénéficiaire, autant d'éléments concourant à soutenir à la fois l'aspect aléatoire de la qualité de la relation, mais aussi la dimension dynamique et intersubjective de l'activité normative impliquée dans la relation. **Le maternage est encadré par des contraintes normatives émanant tant du sujet bénéficiaire des soins, que du sujet dispensant ces soins et du socius.**

Le travail maternel n'est pas duel. La mère a affaire à bien d'autres interlocuteurs avec lesquels elle doit régler son action. Le soin maternant est donc fondamentalement collectif. Il repose sur un collectif orienté vers un même but : favoriser la croissance et l'épanouissement de l'enfant. Il s'appuie sur une coopération au sein de la famille et au-delà. Cela impose l'introduction aux côtés de la centralité affective de la centralité du travail pour penser la famille et de la définir non pas seulement comme un lieu privé mais à la fois privé et public et de prendre en considération les logiques de domination qui y circulent et y prennent source¹⁵¹.

A l'issue de cet engagement continu du corps érotique, ce dernier peut développer des habiletés, des sensibilités nouvelles ou jusqu'alors insoupçonnées. Toutefois, pour que

¹⁵¹ Sur ce point, voir S. Ruddick, op. cit.

cet engagement auprès de l'autre se maintienne dans le temps, il faut le concours des rapports d'attachement et de l'amour (voir plus loin).

Cela pose le problème des liens entre l'économie de la sublimation et l'économie érotique. Il y a toujours compromission par le sexuel mais pas seulement par le sexuel : il y a aussi une technicité, un travailler qui se confronte au réel et cela n'est possible que s'il y a un renoncement (Verzicht) à la satisfaction sexuelle de la pulsion. Il n'y a de développement de nouvelles habiletés que s'il y a renoncement à la satisfaction sexuelle de la pulsion. On peut dire que le renoncement à cette satisfaction qui donnera naissance à une exigence de travail de soi sur soi. Cette exigence de travail, imposée à la vie psychique, est donc un temps du développement de l'Eros (amour de soi), mais passe par une sublimation de la pulsion.

Mais parce que la considération des liens entre pulsion et sublimation d'un point de vue métapsychologique nous emmènerait trop loin, je ne peux ici que mentionner comment se pose le problème sans poursuivre sur cette voie. (2005, p88)

C'est uniquement sur fond donc de colonisation de l'espace psychique par les prescriptions de soins et les besoins (prescriptions du bénéficiaire) que peuvent advenir ces nouveaux registres de sensibilités. Le Moi se trouve alors enrichi, accru. Un premier dédommagement narcissique se fait par le développement de ces registres identitaires mais pour parachever ce processus et inscrire ces habiletés au champ de l'identité, il faut en passer par la « perlaboration par le rêve » car :

« Le rêve est le moyen de l'évolution psychique » (C. Dejours, 2003 a., op. cit., p59).

Le « sommeil de la nourrice » que les accueillantes familiales disent « revivre » en est certainement l'illustration clinique la plus parlante. Ce sont toutes ces habiletés découvertes/construites en situation de devoir prendre soin de l'enfant que les accueillantes familiales thérapeutiques mettent au service de l'A.F.T. proposé au patient adulte atteint de psychose.

Le maternage est :

- une action pragmatique encadrée par des contraintes normatives et des prescriptions sociales.

- collective. Elle n'est pas solipsiste même si elle implique un rapport intime avec l'enfant. Elle prend place dans un contexte social et s'appuie sur des relations sociales qui l'organisent.

- un engagement du corps subjectif, du corps affecté par l'autre. De cet engagement du corps subjectif peut résulter une pensée (si les déterminismes biologiques, sociaux et affectifs ne l'empêchent pas) et une intelligence du corps concourant à l'humanisation et la subjectivation du protagoniste bénéficiaire.

- un travail affectif mobilisant l'inconscient du sujet maternant.

L'ensemble de ces éléments définissent ce que nous appelons le « travail maternel » et s'appuie sur le rêve.

3. Le « travail maternel » : Discussion de la théorie de W. R. Bion.

Dans la notion de care, les tâches matérielles ne sont pas séparées de l'état psychologique impliqué. Mais l'état psychologique ou encore la « disposition psychologique » - comme le soutient D.W. Winnicott - n'est pas la mobilisation de la pensée. C'est bien ce qui confère à S. Ruddick une place à part. Si on suit ces développements, le maternel ne peut pas se définir comme une disposition psychique particulière, une disposition à être « suffisamment bonne » (D. W. Winnicott) car il se définit d'abord comme une pratique régie par des règles et fondée sur un savoir issu de la confrontation opiniâtre avec le réel (c'est ce que S. Ruddick décrit). Il ne suffit pas d'être mis en situation et de devoir prendre soin d'un autre pour pouvoir le faire. Les Éthiques du care combinent l'activité du « prendre soin de » et le « fait psychique » de « se soucier de » (V. Held, 2006, p30). Ce fait psychique n'est pas une « disposition psychologique » naturellement déjà présente mais un travail psychique, la mobilisation de la pensée.

A la différence de ce que soutient S. Freud (1899-1900), pour W. R. Bion, il n'y a pas de différence entre le traitement inconscient de l'expérience durant la veille et le traitement de l'expérience durant le sommeil :

« Freud (1933) cite Aristote qui dit que le rêve est le mode de travail de l'esprit durant le sommeil : je dis qu'il est (aussi) son mode de travail durant l'éveil » (W. R. Bion, les *Cogitations* cité par J. A. Schneider, 2011, p 116). Ou encore : « Une expérience émotionnelle survenant durant le sommeil (...) ne diffère d'une expérience émotionnelle survenant durant l'éveil » (W. R. Bion, 1962, chapitre III, p20). C'est ce que Bion appelle le « travail de rêverie ».

Le travail de rêverie s'effectue aussi à l'état de veille. Sur ce point précis, C. Dejours semblerait en accord avec les développements de W.R. Bion. Il définit le rêve comme une formation psychique, une fonction au service de l'économie psychosomatique. Il est au service de l'équilibre du Moi et opère une sélection dans le matériel sensoriel et moteur. Il nécessiterait que le sujet soit réveillé mais pas suffisamment pour que la pensée logique reprenne ses droits. Le rêve n'est donc pas une formation psychique survenant pendant le sommeil paradoxal. Il n'est pas juste le gardien du sommeil mais représente bien un travail intrapsychique servant l'activité à l'état de veille. Il interviendrait dans le processus de l'apprentissage, aux côtés du sommeil paradoxal. Il est donc à la fois un « organisateur psychosomatique » (C. Dejours, 2003 a., op. cit., p55) et un processus par lequel l'individu évolue, un « moyen d'enrichir l'inconscient », une opération de refoulement. Il a une fonction organisatrice de l'inconscient et de structuration de l'appareil psychique, par le refoulement, il construit la mémoire. Selon lui donc, le refoulement ne porte ni sur l'affect ni sur la représentation mais sur le lien unissant les deux c'est-à-dire la pensée (C. Dejours, op. cit., pp59-60). L'évolution psychique et somatique des sujets est étroitement liée à leur capacité à rêver.

Ce faisant, W.R. Bion opère un changement en positionnant l'activité du rêve au cœur du fonctionnement psychique et en déplaçant la théorie de la signification symbolique du rêve vers le processus du rêve (H. Ogden, 2008). Rêver pour W.R. Bion implique la poursuite de la vérité par la pensée et par l'*émotion*. Pour lui, la recherche de la vérité est le moteur du développement humain et le psychisme se développe par le rêve dans la mesure où nous aspirons à la découverte de ce qui est réel dans notre expérience (W.R. Bion, 1962, op. cit.). L'activité onirique est un travail de pensée, et même la forme la plus profonde (W.R. Bion, 1965).

En 1933 dans les *Nouvelles conférences*, Freud laissait entendre sa déception de constater le désintérêt des psychanalystes pour le rêve. Peut-être faut-il entendre les théories de W.R. Bion comme la réponse à cette invitation implicite. Il considérerait son travail sur l'activité onirique comme « (...) une extension légitime de l'ouverture d'un champ de recherches que Freud a créé mais sans lui donner des suites » (W. R. Bion, les *Cogitations* cité par J. A. Schneider, 2011, p 106). La théorie du rêve de Bion présente un modèle qui décrit le traitement par le psychisme de l'expérience émotionnelle en vue de lui donner un sens. Il s'agit donc d'une transformation

inconsciente de l'expérience *émotionnelle* qui est continuellement à l'œuvre dans la pensée consciente.

Le concept de « reste diurne » de S. Freud semble par ailleurs très proche de celui d'élément bêta de W.R. Bion. Ces éléments bêta sont des préconceptions innées et acquises. La tâche de l'activité onirique est donc de travailler les éléments actuels, les « faits » de l'expérience vécue, et met en jeu le processus de transformation des éléments bêta en éléments alpha.

Rappelons que les éléments bêta sont des impressions sensorielles brutes à transformer en éléments alpha, expériences émotionnelles mentalisées par la fonction alpha « encore un ensemble de fonction alpha qui est encore à découvrir » (W.R. Bion, 1962, chapitre I, p17). Cette fonction alpha, W.R. Bion la place du côté de la Mère, de l'autre maternant. C'est le « travail de rêverie » de la figure maternelle – contenu empreint tant d'amour que de haine nous dit W.R. Bion - qui permettrait donc la transformation initiale, source de l'expérience et de la pensée de l'enfant. Il faut que la fonction alpha ait transformé les éléments bêta en alpha pour que ceux-ci puissent devenir une pensée onirique appropriée à l'activité onirique.

Une fois transformés, les éléments alpha sont introjectés par l'enfant et deviennent alors source de sa propre fonction alpha. Pourtant, cela repose sur un fait non explicité : pour que l'enfant puisse introjecter et projeter, il faut bien le doter dès le départ d'un appareil psychique... d'où vient-il ?...

Selon S. Freud, les rêves ne servent qu'une seule chose : ils sont les « gardiens du sommeil » (1901). Et en 1925 il ajoute:

« Il n'existe qu'une seule tâche utile, qu'une fonction qui puisse être assignée au rêve, celle de protéger le sommeil d'une interruption » (S. Freud, 1925).

Dans cette perspective le rêve ne semble donc pas servir directement la croissance psychique. Selon lui, le rêve ne représente pas un travail psychique qui aide le rêveur à traiter les expériences émotionnelles dérangeantes. Au contraire, l'activité onirique dissipe la menace d'angoisse due à la tension de motions pulsionnelles issues de l'infantile. Le travail accompli se limite donc au contrôle et à la régulation du « retour du refoulé » mais ce « refoulé » demeure intact.

Pour W. R. Bion, les rêves portent en eux-mêmes notre « interprétation des faits ». Ils sont l'interprétation de notre réalité émotionnelle. Il va même plus loin : nous sommes incapables d'accomplir un travail psychique à partir de nos expériences émotionnelles (travail essentiel pour lui à la vie et à la croissance psychique) si nous sommes incapables de rêver.

« L'incapacité de manger, de boire ou bien de respirer a des conséquences désastreuses *sur la vie elle-même*. [je souligne] Mais l'incapacité d'utiliser l'expérience émotionnelle provoque un désastre comparable dans le développement de la personnalité ; je compte au nombre de ces désastres les différents degrés de détérioration psychotique que l'on pourrait décrire comme une mort de la personnalité» (W.R. Bion, 1962, op. cit., chapitre XIV, p59).

W.R. Bion soutient une conception où le psychisme — ou, du moins, le modèle que le psychisme se fait de lui-même — pourrait être décrit comme un système gastro-intestinal intellectuel-émotionnel ; ce système « digère », pourrait-on dire, la « nourriture du psychisme » — ou les expériences ; il tente de rejeter les comptes rendus inexacts de ses expériences (op. cit., 1962). Il décrit ainsi le développement de cet appareil : selon lui, le bébé est dépourvu d'un appareil pouvant se nourrir de vérité, et se trouve dans la nécessité d'être nourri par la vie psychique de la Mère; les expériences du bébé sont de nature confuse et lorsqu'il est bombardé par les données sensorielles d'une expérience émotionnelle qu'il ne peut comprendre, il est contraint d'évacuer cette expérience dans la Mère qui doit être capable de la contenir, de la modifier et de la restituer au bébé sous une forme d'ordre ou d'harmonie relativement signifiante. Pour W.R Bion, cette évacuation s'opère grâce à l'identification projective, concept approfondi par M. Klein.

Cette « fonction » qu'accomplit la mère pour le bébé, et que W. R. Bion pose comme échappant par essence à toute observation directe — raison pour laquelle il lui a donné le nom de « fonction alpha » (op. cit., 1962) - constitue le premier pas dans l'activité de pensée. Les « éléments alpha » aboutissent à la fonction symbolique, où les symboles sont considérés comme une activité de liaison créatrice entre les formes du monde extérieur et les significations du monde émotionnel interne de façon telle qu'elle enrichit aussi bien l'expérience du monde extérieur que celle du monde interne. Ce sont ces éléments alpha qui, une fois organisés en symboles et reliés ensemble, constituent le matériel onirique ainsi que les mythes.

La mère est d'abord extérieure puis introjectée. Elle établie alors intérieurement la « membrane » (des éléments alpha organisés en « barrière de contact » différenciant ainsi les processus conscients des processus inconscients) tandis que, parallèlement, la partie destructrice du Self élabore « l'écran bêta ». Cet « écran bêta représentant une forme de pseudo-communication, la liaison entre pensées et sentiments étant constamment attaquée.

« Grâce à l'écran bêta, le patient psychotique a la capacité de susciter des émotions chez l'analyste ; ses associations sont les éléments de l'écran bêta destinés à susciter une interprétation, ou toute autre réponse, moins liée au besoin d'une interprétation psychanalytique qu'à celui d'induire un engagement émotionnel » (W. R. Bion, 1962, op. cit., chap X, p41)

Selon W.R. Bion, le « contenant de pensée » se forme ainsi :

« Le bébé éprouve le fait d'être « bombardé » par des données sensorielles comme un « nuage d'incertitude » ; tout ce qu'il peut faire de ce nuage, c'est l'encapsuler dans des *petites parties* de lui-même, ce qui forme ce que Bion appelle une sorte de « réticulum ». Ce processus peut dès lors contenir l'expérience de façon suffisante pour qu'elle puisse être expulsée dans un objet adéquat, que le bébé doit découvrir et qui est généralement la mère. » (D. Meltzer, 1978, p 360.)

Les éléments bêta ne peuvent pas être utilisés en tant que tel dans la construction de pensées ou de rêves. La fonction maternelle est un « prêt » d'appareil à métaboliser ces éléments bêta pour les rendre appropriables, pensables. Elle lie les éléments alpha entre eux dont la continuité forme la « barrière de contact » donc autant qu'elle disjoint (les éléments alpha des éléments bêta), mais tout en maintenant une cohésion des espaces ainsi séparés (au moyen de la barrière de contact) et différenciant ainsi les espaces psychiques. C'est bien la « barrière de contact » qui permet aux contenus primaires (les éléments bêta), d'être transformés et utilisés par le Moi. Ils ne peuvent être qu'évacués sous la forme d'identification projective. **Les sévères perversions de l'adulte résulteraient ainsi d'une impossibilité pour les éléments bêta (les impressions sensorielles brutes) d'être transformés en éléments alpha. Elles résulteraient donc d'un achoppement du travail psychique, de la pensée. C'est une difficulté à la mise en œuvre du « travail de rêverie » qui serait en cause.**

C'est à la Mère, grâce à sa « capacité de rêverie » et à son « travail de rêverie » que revient donc la charge de tolérer les angoisses et de conférer des significations au vécu du nourrisson. Selon W.R. Bion, le développement d'une capacité de travail psychique commence dans la relation mère-enfant lorsque le psychisme de la Mère est capable d'aider à transformer les éléments bêta dans une forme que la fonction alpha rudimentaire de l'enfant est capable de traiter. Le travail psychique est donc maternel mais permis, appelé par l'enfant.

La fonction alpha de la Mère serait de contenir ces éléments sensoriels bruts et désorganiseurs et de les transformer en éléments alpha désormais introjectables. Si la

fonction alpha est défaillante, il s'ensuit une augmentation des éléments bêta, impensables et destinés à être expulsés. **La « terreur sans nom » que l'on retrouve chez le sujet psychotique trouverait son origine dans cette expérience de défaillance du travail maternel de rêverie. L'échec de la fonction alpha signifierait la non-métabolisation, la non-digestion (pour reprendre un vocabulaire bionien), la non symbolisation des éléments bêta et leur impossibilité à être refoulés.**

Mais toujours dans le même recueil, W.R. Bion affirme que les « aspects psychotiques » et « non psychotiques » de la personnalité contribuent à chaque rêve. W.R. Bion identifie des parties « psychotiques de la personnalité normales » (1962, op. cit.) qui sont incapables d'une activité onirique véritable. Il y aurait, selon lui, chez chacun, des éléments dans la personnalité qui seraient incapables de penser, d'apprendre par l'expérience ou d'accomplir un travail psychique. **L'idée implicite de W.R. Bion est alors que ces éléments bêta qui ne sont pas transformés, qui sont clivés et évacués, subsistent en tant que pensées émotionnelles impensées. N'est-on pas proche de la topique de l'inconscient a-mental formulée par C. Dejours (2003 a., op. cit) et de la notion d'inconscient enclavé de J. Laplanche?** Chez W.R. Bion, le problème émotionnel en quête de solution demeure une présence psychique stagnante mais perturbatrice. C'est en tout cas l'idée soutenue par Franco De Masi (2011). Selon lui, il conviendrait de distinguer, dans une perspective bionienne, au moins deux acceptions du mot inconscient. Il faudrait distinguer l'inconscient dynamique, freudien et l'inconscient émotionnel.

La différence entre les théories de W. R. Bion et de C. Dejours est à la fois ténue et majeure. Elle repose sur quatre points principaux :

1. Chez W.R. Bion, les éléments bêta ne permettent pas la formation d'un inconscient, fût-il d'un autre type que l'inconscient sexuel refoulé. Chez C. Dejours, il y a formation d'un inconscient à partir des éléments « non subvertis » par la sexualité. Et cela nous conduit à second point d'écart :

2. Chez W.R. Bion, la genèse de l'appareil psychique de l'enfant résulterait d'un « prêt d'un appareil à penser les pensées » par la Mère qui serait introjecté par l'enfant dans un deuxième temps à partir des produits de l'appareil à métaboliser de sa mère, le tout se jouant sur fond d'identification projective et d'introjection. Si l'enfant évacue vers la Mère les éléments bêta qu'il n'a pas pu « digérer » - faute d'un niveau suffisant de développement de son appareil à penser - c'est parce que les deux protagonistes sont liés par

l'identification projective. Donc même si dans une perspective kleinienne, W. R. Bion fait de la psychose un stade normal de développement de l'appareil à penser, il s'en démarque sur la manière de concevoir l'identification projective. L'identification projective n'est pas une structure défensive mais communicationnelle. Selon lui, « l'identification à » est première dans la construction du lien intersubjectif.

Mais ici, nulle mention du rôle tenu par la sexualité habitant la mère ni des mécanismes par lequel l'appareil à penser de l'enfant s'actionne.

3. Chez W. R. Bion, la figure maternante n'apparaît qu'au travers de la fonction qu'elle remplit auprès de l'enfant dont elle doit prendre soin, non aux travers des qualités des soins prodigués. Au décours de cette relation, il n'est nullement mentionné qu'elle serait affectée ni par le plaisir, ni par le dégoût, la peur, le doute etc. Dans la perspective bionienne, la « transformation psychique » provoquée par cette situation particulière est toujours vectorisée dans le même sens : de l'adulte maternant vers l'enfant. La Mère ne semble pas transformée par cette rencontre et cet engagement de soi si singulier. Si le « travail de rêverie » permet d'appréhender comment la pensée de la Mère est mobilisée, le recours à la notion d'émotion (et non celle d'affect) empêche de comprendre comment elle peut être déstabilisée dans son économie psychique et identitaire par cette expérience.

Dans la théorie de C. Dejours, le rôle tenu par le plaisir et la sexualité permettent de comprendre comment et pourquoi l'enfant investit la pensée et s'y adonne. Chez W. R. Bion, c'est un point laissé sous silence.

4. L'émotionnel n'est pas l'affect avec toutes les qualités de représentance qui le caractérise. L'émotionnel traduit un état du corps en cours de psychisation et non abouti. L'appareil psychique n'est alors pas constitué, il se différencie progressivement du corps organique par progrès ou plutôt « développement » étayé sur le travail mené par un autre sujet, la mère. De cette idée en découle une différence majeure concernant la modélisation topologique de l'espace psychique. La modélisation de la vie psychique chez W.R. Bion en revient finalement à l'idée d'une **hiérarchisation des fonctions** tout comme on peut la trouver chez Jackson puis chez H. Ey mais très loin de la topique de l'inconscient amental proposé par C. Dejours.

Par ailleurs, la théorie de la « contenance » dont sans doute W.R. Bion est l'un des premiers représentants, a eu des incidences importantes sur la manière de concevoir le travail du

thérapeute et du patient en thérapie. Si effectivement la capacité de « contenance » appartient bien au registre du travail à mener par le thérapeute auprès du patient, selon moi, elle ne peut pas l'englober en totalité. **Les conceptions du soin qui en ont été tirées ne peuvent faire qu'une place limitée au « travail psychique » du patient. En conséquence, l'action est du côté du thérapeute et à vrai dire, il faut reconnaître que peu de crédit ou de confiance est accordé au patient comme moteur dans le processus de rétablissement sans le support moïque apporté par le thérapeute... c'est aussi du coup la fin de la prise en charge – en ce qui concerne les maladies les plus lourdes – qui est très difficile à théoriser. Pour pouvoir penser la fin de la prise en charge, il faut mettre les conditions de l'émancipation psychique du côté du patient et pour penser l'émancipation psychique, il faut postuler aux côtés des processus développementaux, une autre activité psychique, subversive, qui délie les données imposées, autrement dit le travail de la pensée. Sur ce point, il convient de se rappeler que l'inconscient et le travail psychique ne sont pas orientés unanimement vers la liaison – restant l'œuvre d'une partie seulement de l'appareil psychique et non de sa totalité selon S. Freud d'ailleurs – mais qu'ils s'appuient sur des mouvements de déliaison au potentiel subversif. Tout comme apparaît critiquable la stricte hétérogénéité des organisations névrotiques, psychotiques et perverses – structurantes mais aussi figeantes – il conviendrait de ne pas distinguer parties psychotiques et non psychotiques de l'inconscient en tant qu'espaces différenciés mais en tant que processus à l'œuvre.**

A ce stade, nous pouvons affirmer que la réaffirmation de la centralité du sexuel passe par l'introduction d'un autre concept, celui de travail.

Il faut relever les incidences « desexualisantes » sur la théorie du fonctionnement psychique, nous entraînant ipso facto vers des préoccupations grandissantes concernant le cadre au détriment d'une réflexion sur les **outils de soin**. Sur ce point, il me semble que le travail de R. Roussillon (1995 et 2008 b.) apporte des éléments de discussion.

« Le soi disant scandale de l'hystérie, avec son conflit intrapsychique entre désir sexuel et interdit surmoïque, a été supplanté, dans les travaux métapsychologiques et cliniques, par la problématique du manque de capacité à symboliser ou à « mentaliser » de l'analysant. Dans ce contexte, l'attention porte surtout sur les relations objectales les plus précoces où –apparemment- la sexualité ne joue pas encore de rôle. » (S. Wolff, 2008, pp 1155-1156).

Les théories de D.W. Winnicott comme celle de W.R. Bion modifient la place de la pulsion comme fondement de la métapsychologie. C'est en cela qu'elles rencontrent les théories de l'attachement de J. Bowlby.

« Elle donne une position centrale aux notions freudiennes de liaison et de déliaison » (E. Schmid-Kitsikis, 2006 p 1577).

A une topique de la pulsion, elles substituent une « topique du lien ». Ce faisant, c'est bien la pulsion et le sexuel qui nolens volens se trouvent écartés des modèles psychopathologiques (et de ce fait des modèles de soin psychique).

4. Topique du lien ou topique du clivage ?

A la suite de M. Klein, D.W. Winnicott et surtout W.R. Bion ont déplacé le focus de l'analyse de la psychosexualité vers les interactions et la pensée mais dans l'ici et le maintenant de la situation analytique - la référence à l'après-coup et donc le rôle tenu par le refoulement reculent sauf à se référer au modèle du traumatisme – contribuant ainsi à repousser la théorie de la sexualité infantile qui ne peut être rendue visible que par le recours à la notion d'après coup (R. Diatkine, 1996).

La référence à la théorie des pulsions, à la théorie de la sexualité infantile semble devenue plus rare et en faveur des approches favorisant la question de la symbolisation et de la mentalisation. Corollaire à ce recul, l'intérêt pour la caractérisation de l'inconscient et des processus intrapsychique est passée également au second plan. Les modélisations de l'appareil psychique font plus de place à la relation à l'objet externe mais du coup passent sous silence la manière dont cet objet en vient à exister sur la scène intrapsychique. Nous aurions changé de paradigme métapsychologique : d'une métapsychologie interne au sujet, nous serions passés à une métapsychologie externe de la subjectivité.

Les théorisations de W.R. Bion, C. Dejours, J. Laplanche et R. Roussillon semblent présenter des points de rencontre, notamment concernant une distinction/cohabitation d'éléments psychotiques et non psychotiques à l'intérieur de la personnalité les conduisant tous les quatre à convoquer la notion de clivage¹⁵². W.R. Bion pourtant ne nous dit rien des rapports entre

¹⁵² Pour J. Laplanche, C. Dejours et W.R. Bion le clivage n'est donc plus entendu comme une modalité défensive mais structurelle à l'appareil psychique, point de différenciation avec les développements de R. Roussillon qui accorde une place à la question du traumatisme.

inconscient et conscient, y substituant les rapports entre veille et sommeil. Pour lui, le psychotique est « endormi » ; il est conscient mais ne le sait pas.¹⁵³

Si la théorie de la séduction généralisée (J. Laplanche, 1987) ne rend pas compte de ce qui se passe dans une configuration psychopathologique d'ordre psychotique, le modèle de « l'inconscient enclavé » qu'il soutient semble bien ressortir de la volonté de rendre compte à la fois de l'inconscient névrotique (« dynamique » ou « refoulé ») et non névrotique (« enclavé » ou « implicite »). Il y aurait co-existence de deux inconscients de deux natures et soumis à des processus différents mais entre lesquels des voies de passage sont possibles. Dans la théorie laplanchienne, l'inconscient est formé des messages énigmatiques reçus de l'autre lors des soins primaires et se trouvent dans des états divers de traduction et de non-traduction. Le concept d'inconscient enclavé -tardif dans l'œuvre de Laplanche et tiré de la discussion qu'il a engagé de nombreuses années avec C. Dejours – serait formé de ces messages énigmatiques non traduits. L'inconscient dynamique ou refoulé serait quant à lui formé des restes traduisibles de ces mêmes messages énigmatiques. La traduction est refoulante. Ces messages non traduits constituant l'inconscient enclavé ne seraient pas métabolisables et s'imposeraient au sujet (M. Rezende-Cardoso, 1993). Ils échapperaient au processus de traduction. Mais alors deux points se discutent : Le statut des contenus de l'inconscient enclavé en tant que messages devient sujet à caution. Ces messages sont-ils des non-traduits ou définitivement intraduisibles ? Dans le deuxième cas de figure, ils échapperaient à toute possibilité d'appropriation subjective. Si ces messages sont intraduisibles, peut-on toujours parler de message ? (R. Stein, 2006) Et je poursuis par un second point de discussion : qu'est ce qui est en cause au juste dans la faillite du processus de traduction ? Si le contenu n'est qu'une chose venue d'un autre et logée dans le sujet à la manière d'une capsule hermétique, est-ce le processus de traduction qui est en cause ou la nature même des messages ? Les messages résultants de l'intromission (variante violente de l'implantation) peuvent-ils malgré tout faire l'objet d'une traduction ? La violence est-elle dans le contenu du message ou du côté de celui qui le porte et qui peut en interdire la traduction ? Est-ce le contenu du message ou « l'aide à la traduction » qui est en cause dans l'échec de la traduction ?

¹⁵³ Ce qui nous fait penser au thème développé par G. Pérec dans *L'homme qui dort*, Paris, Denoël, 1967.

Pour J. Laplanche, ces deux inconscients ont des systèmes défensifs distincts reliés entre eux pas la « glande pinéale mentale » que C. Dejours propose d'appeler « zone de travail du rêve » (2003 a., op. cit.), concept très évocateur de la « barrière de contact » de W. R. Bion. Ce qui est suggéré, c'est que le passage d'éléments d'un inconscient à l'autre chez C. Dejours passe inévitablement par le rêve. Il n'y aurait pas d'épaississement de l'inconscient névrotique – et peut-on suggérer de poursuivre en disant de soin psychique aux psychotiques – sans la sollicitation ou la néo-genèse du travail du rêve chez ces patients.

Ce que nous pouvons appeler avec F. de Masi à la suite de W.R. Bion comme « inconscient émotionnel » est la partie de l'appareil psychique chargée de symboliser les émotions grâce à la pensée tout en introjectant des perceptions. Le tout s'appuyant également sur le travail du rêve ou plutôt le travail de rêverie. Dans la psychose, la *perte de la connaissance*¹⁵⁴ de la réalité émotionnelle prive la personne d'une connaissance de ses propres processus émotionnels et mentaux. Elle la coupe d'elle-même. Elle la dissocie. **Chez W.R. Bion, le psychotique est conscient mais ignore ce qui se passe en lui.**

Chez W.R. Bion, c'est un fonctionnement psychique pensé autour de la notion de déficit qui est malgré tout finalement retenue : un déficit de connaissance émotionnelle et de conscience de soi.

Chez C. Dejours, au contraire, le psychotique se défend (chapitre V) face à la confrontation au monde amenant inévitablement celle du « vide en soi » (C. Dejours, 2003 a., op. cit.) par le « déni de perception affective de la réalité ». C'est un processus actif et évolutif.

Au premier abord, il pourrait sembler que la notion d' « inconscient enclavé » de J. Laplanche soit proche de celle d' « inconscient émotionnel » de W.R. Bion mais deux points me semblent les différencier :

La perspective bionienne invite à considérer la présence d'un inconscient du côté du récepteur comme du côté de l'émetteur, sans doute ce qu'il désigne comme « l'appareil protomentale ». Chez J. Laplanche, l'inconscient de l'enfant dépend de l'implantation du sexuel par l'adulte, d'une action de l'adulte. Il ne préexiste donc pas à la rencontre originaire. Le modèle bionien fait une part réduite à l'affect au profit de l'émotion et une place plus périphérique que le modèle laplanchien à la pulsion. En raison de ces deux points, je suis plus réservée que R.

¹⁵⁴ Je souligne.

Stein (2006, op. cit., p 144) sur les affinités entre le travail de J. Laplanche et celui de W.R. Bion.

L'intérêt de la théorie laplanchienne de l'inconscient tient au dynamisme qui le caractérise. La référence au travail traductif qui doit être opéré par la psyché me semble riche d'implications tant cliniques que théoriques. **Loin de constituer une topologie intrapsychique figée, J. Laplanche met au premier plan, au fondement de la vie mentale l'action de traduction (ses aléas, ses échecs et son imperfection). Cela l'en démarque foncièrement d'une optique déficitaire ou carencielle de la vie mentale conduisant à concevoir le soin comme une orthopédie psychique, suppléante mais non émancipatrice.**

La vie mentale singulière est une production dynamique définie à partir des aléas de la séduction et d'échecs de la traduction. Ce faisant, cela nous amène alors à postuler que le soin en santé mentale serait de permettre une relance du processus de traduction quitte à en passer par une aide à la traduction dans un premier temps.

Chez W.R. Bion comme chez J. Laplanche et C. Dejours, deux éléments demandent à être réinterrogés :

- A quoi ressemble l'inconscient émetteur (pour reprendre la terminologie laplanchienne) ? Comment s'opère la constitution, la construction du message et sa délivrance ? Nous traiterons cette question dans les pages suivantes, notamment celle portant sur la question de l'assignation.

- D'où vient la capacité à traduire de l'enfant ? Si W.R. Bion y répond par la référence à la notion d'introjection et au modèle du développement, on voit bien à l'issue de ces développements que ce recours à l'introjection/identification projective ne solde pas celui de l'action psychique activant la pensée propre de l'enfant et l'animant de son mouvement propre. J. Laplanche évoquait une « pulsion à traduire » alors peut-être faut-il revenir sur les liens entre pulsions et pensée, sur la pulsionnalité de l'activité de pensée. Cela pose également la question de la caractérisation de « l'aide à la traduction » que doit proposer la Mère.

L'action maternelle doit se définir comme un travail vivant c'est-à-dire un engagement de la subjectivité dans son ensemble – par la mobilisation de l'inconscient sexuel refoulé mais sans doute aussi de l'inconscient enclavé – dans une pratique de soin envers un être physiquement dépendant d'elle pour sa survie et sa construction subjective. Mais elle ne se limite pas à une pratique. Comme tout travail, elle est encadrée par des enjeux –ici

l'amour – et a pour objectif une production, ici d'un genre tout à fait particulier, la production de l'humain.

La construction du corps érotique passe par un travail de soi sur soi et réclame le travail d'un autre.

III) Le surgissement libidinal : amour et attachement. La production de l'humain.

« La mère ne se contente pas de nourrir, elle soigne l'enfant et éveille ainsi maintes autres sensations physiques agréables et désagréables. Grâce aux soins qu'elle prodigue, elle devient la première séductrice. Par ces deux sortes de relation, la mère acquiert une importance unique, incomparable, inaltérable et permanente et devient pour les deux sexes l'objet du premier et du plus puissant des amours, prototype de toutes les relations amoureuses ultérieures » (S. Freud, 1938, p59)

Quel est le biais par lequel la mère (si elle n'est pas atteinte de maladie quelconque) s'investit subjectivement auprès de l'enfant et surtout ne lâche pas ? L'amour. L'enfant doit parfois le conquérir et ne pas le perdre, car il est gage de sa survie et de sa vie. Carburant libidinal, il soutient la construction pulsionnelle lui permettant d'habiter son corps. L'amour est un enjeu central dans la vie familiale et dans le travail maternel.

1. Des incidences des théories de l'attachement.

Nous l'avons déjà souligné, postuler un amour naturel, inconditionnel et instinctuel envers l'enfant dépendant d'une aide pour survivre n'est pas juste et ne suffirait pas à rendre compte de l'activité complexe que le sujet maternant doit mettre en œuvre pour faire de cet enfant un sujet. Cette action menée auprès de « ce qui ne parle pas mais réagit » (C. Dejours, 2014 b., op. cit.) nécessite l'implication de l'ensemble de la subjectivité, notamment des habiletés sensibles et affectives, seules à même d'établir une communication avec qui n'est pas encore là (même si supposé là) ou alors de manière partielle. Le développement de ces habiletés sensibles et affectives est tributaire de la mise en place d'une organisation sociale et de conditions sociales spécifiques - l'attachement - qu'il nous faut désormais caractériser tant du côté de l'enfant que du côté de l'adulte car les deux ne sont pas identiques.

L'attachement tel qu'il est envisagé ici n'est pas celui de l'être dépendant envers celui qui prend soin de lui mais bien son autre face, celui du pourvoyeur de soins. Il s'agit de l'attachement qui se trouve du côté du sujet maternant. Il s'agit d'un processus actif nécessaire au travail maternel. La question qui se pose au travers de la clinique du travail des familles d'accueil en psychiatrie est celle des conditions de mise en place de la relation d'attachement dès lors que ce dernier ne se définit pas en premier lieu par les comportements de l'être dépendant mais à partir de l'action menée par le pourvoyeur de soins. Il s'agit de se demander comment peut se mettre en place le « retrieval » quand face à lui, aucun signe ou très peu, encouragent ou soutiennent cet engagement subjectif, quand les comportements « d'attachement » (fouissement, agrippement...) ne sont pas là¹⁵⁵.

L'attachement tel qu'il avait été décrit par J. Bowlby et également par H. H. F. Harlow (1974) puis R. Zazzo concerne celui du jeune enfant envers les adultes pourvoyeurs de soins et de protection¹⁵⁶.

Les éthologistes, notamment K. Lorenz et H. H. F. Harlow postulent un « besoin d'amour » non spécifiquement humain. Pour H. H. F. Harlow, l'attachement est la condition première de ce qui sera plus tard l'équilibre sexuel et l'adaptation sociale. Ces hypothèses inversent donc celles de S. Freud en ne faisant plus découler l'amour de la satisfaction de la pulsion sexuelle orale (elle-même étayée sur la fonction d'alimentation et sa satisfaction). Pour S. Freud, la pulsion sexuelle est première par rapport à l'amour qui lui, résulte des liens sexuels partiels. L'amour n'est pas premier alors que pour ces éthologistes, l'amour est premier et prépare à la sexualité.

Pour les éthologistes, la sexualité n'est qu'une des modalités particulières de l'attachement. La sexualité ne serait qu'un aspect de l'amour. Et c'est bien cette inversion de la séquence entre amour et sexualité proposé par K. Lorenz et H. H. F. Harlow qui intéresse R. Zazzo.

Selon lui, l'attachement serait l'effet d'un besoin primaire disposant probablement pour se réaliser de moyens innés (1974, op. cit., p9). Ce qui est contesté, c'est la thèse freudienne de l'étayage sur le besoin de nourriture (selon Freud, la pulsion sexuelle s'étayerait sur la fonction vitale d'alimentation) et la thèse de l'étayage en général. Poser l'attachement comme

¹⁵⁵ On ne peut ici que souligner les implications de ces développements peuvent avoir sur la compréhension de l'autisme infantile.

¹⁵⁶H. H. F. Harlow cependant le traite de manière élargi en y incluant l'attachement aux congénères du même âge.

un besoin primaire entraîne une révision de la théorie des pulsions, question centrale pour la psychanalyse. Qu'advierait-il d'elle comme théorie et pratique ? Une réponse simple serait de dire que l'attachement n'est pas une question qui concerne les psychanalystes, une question qui se situerait dans un deçà de la sexualité infantile et donc hors-champ... et pourtant...

« Les théories de l'attachement, avec leurs intérêts pour les interactions relationnelles entre mère et enfant – étayées sur l'observation du nourrisson – ont gagné grandement en influence en psychanalyse et ont contribué à faire reculer l'idée d'une sexualisation des expériences antérieures puisque celle-ci n'est pas observable étant donné qu'elle intervient dans un après-coup. » (S. Wolff, 2006, op. cit., p1158)

Citons notamment les travaux actuels de B. Golse (2001), de M. Dornes (2002) ou encore ceux de R. Prat¹⁵⁷ qui s'appuient sur l'observation du nourrisson, parfois même avant sa naissance.

P. Fonagy désigne ce tournant de la psychosexualité vers la théorie de l'attachement comme un « changement de paradigme » : dans la théorie de la relation d'objet- fille des théories de l'attachement (voir chapitre I) -, la causalité psychosexuelle aurait été repoussée par des explications portant sur les conséquences à long terme de blessures et de la dépendance de l'Infans.

C'est là au fond une question classique et très datée en philosophie politique et morale : Qu'est ce qui pousse un individu à se lier aux autres et à faire œuvre de culture ? Est-ce que cela ressort de la sexualité (S. Freud), est-ce que cela ressort *de besoins* qui nous seraient communs avec les animaux ou encore d'une articulation des registres du sexuel et du besoin ? L'ouverture à autrui, la dimension sociale ressort-elle de l'humanité ou de l'animalité ? Les liens sociaux reposent-ils sur l'imitation ? L'apprentissage ? La libido ?

Ces questions de la précession de l'affection, de l'amour sur la sexualité, des liens entre pulsion, amour et attachement sont aujourd'hui, il me semble reprises dans les débats entre les éthiques du Care et psychodynamique du travail. Dans son dernier ouvrage, P. Molinier soutient que l'amour pour l'autre est premier et non pas défensif ou secondaire (2013, op. cit.). Cette question pourrait passer pour périphérique ou décalée toutefois, elle mérite à être soulignée parce qu'elle permet de discuter les références qui sont faites de la psychanalyse, son utilisation dans le champ social, concernant le travail de soin, les souffrances pathogènes qui caractérisent le monde du travail actuel ainsi que les modes d'intervention proposés sur

¹⁵⁷ Je pense en particulier à la présentation qu'elle a fait lors du colloque sur corps Corps et Narcissisme en 2014 à Dijon déjà cité.

ces questions. Si le primat accordé à l'amour de l'autre sur la centralité du sexuel est en accord avec les théories du Care, il me semble que cela s'avère plus discutable si on se réfère à la psychanalyse freudienne comme le fait C. Dejours.

2. Attachement, pulsion, amour et socialité : La contribution de J. Laplanche.

La caractérisation de la genèse et de la pérennisation du lien à autrui est sans doute l'un des problèmes les plus importants des sciences humaines. Le débat d'organise autour de deux axes :

- D'une possible continuité avec les animaux (M. de Montaigne) ou non (les théories de l'attachement).
- Les origines de ce lien (inné/acquis). Sur ce point s'opposaient déjà Platon et Aristote. Dans *Le Banquet*, le premier voyait dans l'amour une tendance immanente à tout être humain le poussant vers l'autre mais aussi le précipitant dans l'aporia, source d'anxiété le conduisant sur le chemin de la connaissance. Pour le second, toutes les formes de sympathie c'est-à-dire ce lien envers le congénère ne peut dériver que de l'amour de soi. On pourrait réduire ce débat à une question principielle : si ce qui fonde le lien à autrui c'est l'amour, alors qu'est-ce que l'amour ? De quel amour parle-t-on ?

Pour R. Zazzo (1974), l'amour serait un besoin inscrit dans la nature animale et la socialité appartiendrait au registre du biologique. Toutefois, il insiste sur le fait qu'il ne faut pas confondre attachement et intégration sociale. La socialisation est autre chose que le mécanisme biologique d'attachement. Les conduites d'attachement, à certaines conditions, préparent les conduites sociales et sexuelles (1974, op. cit., p52). La distinction entre attachement et intégration sociale doit être maintenue car entre les deux prennent place d'autres mécanismes, je citerai pour ma part l'identification et l'assignation que je développerai un peu plus loin dans mon propos.

Prenant part au « colloque imaginaire » organisé par R. Zazzo, D. Anzieu parle d'une « pulsion d'attachement » (1974, p140). Il ajoute aux facteurs favorables à l'investissement du contact avec le corps de la mère relevés par J. Bowlby (échange des sourires et de signaux sensoriels, la solidité du portage, la chaleur du contact et la tendresse) et la concordance des rythmes, ce que d'autres ont désigné autour du terme « d'accordage » (D. Stern, 1989).

D. Anzieu note également que quand S. Freud parle de satisfaction à la phase orale, celle-ci est double : il ressent deux plaisirs consécutifs : celui tiré de la succion et celui tiré de la réplétion qui apporte au tout petit « la notion de masse centrale, d'un plein, d'un centre de gravité » (1974, op. cit., p142). C'est à partir de cet autre type de plaisir –la réplétion aux côtés de la satisfaction – que la conscience des bornes et limites du corps émergent à la conscience du bébé lui rendant ainsi possible l'habitation de son corps.

« L'oralité désigne la disponibilité du psychisme et du corps à accueillir les plaisirs que ce corps, le monde et les autres peuvent donner. (...) Il faut avoir reçu pour pouvoir ensuite donner » (D. Anzieu, 1974, op. cit., p143)

« Les mères savent intuitivement donner quand elles ne sont ni trop pathologiques ni trop déformées par l'instruction » (D. Anzieu, 1974, op. cit., p145)

Ce que les théories de l'attachement proposent, c'est « une pulsion primaire non sexuelle de dépendance de l'enfant à sa mère » (D. Anzieu, 1974, p148). D. Anzieu envisage donc une précession de la pulsion sur le sexuel pour ne pas abandonner la centralité de la pulsion dans le fonctionnement humain... Idée somme toute discutable. Une pulsion peut-elle être non-sexuelle ? Il faudrait distinguer les pulsions primaires des pulsions secondaires par leur absence de qualité libidinale ? Que serait une pulsion de dépendance ? Afin d'articuler les registres sexuels et non sexuels, D. Anzieu propose de revenir sur la distinction à opérer entre le sexuel et l'érotique. Un plaisir peut être dit, pour D. Anzieu non sexuel mais érotique. Cela permettrait de dire que l'attachement serait de l'ordre du non sexuel mais qu'il appartiendrait tout de même au registre de l'érotique c'est-à-dire qu'il s'inscrirait déjà dans le registre du plaisir et de la souffrance même si non encore infiltré des fantasmes. À l'origine il y aurait un corps non sexuel mais contenant une potentialité érotique diffuse ; Les orifices devenant des zones érogènes qui construisent les coordonnées du corps érotique.

Pour D. Anzieu, l'attachement produit des effets érotiques diffus (1974, op. cit., p149) qui peuvent, parfois avec des mères perverses ou incestueuses avoir *des effets sexuels* (avec des mères brutales ou excessives, l'alternance brusque des sensations de plaisir et déplaisir prédisposeraient aux tendances persécutives et/ou à la mise à distance obsessionnelle).

Pour lui, les mères des futurs schizophrènes élèvent mécaniquement leurs petits, fort consciencieusement mais sans amour et en se défendant de tout ce qu'il pourrait y avoir en elles de mouvements incestueux ou agressifs envers eux... ce qui aboutit à ce que ces enfants se vivent comme des « enfants machine » (1974, op. cit., p146). **Ce faisant, ce serait l'absence d'amour maternel mais surtout la défense contre tout affect et contre toute**

motion pulsionnelle à l'encontre de l'enfant qui aboutirait à une absence de libidinalisation du corps de l'enfant. Si en temps ordinaires les mouvements pulsionnels (et j'ajoute les fantasmes) sont, du côté de l'adulte détournés, voir réprimés quant au but, dans la configuration maternelle créatrice de la vulnérabilité psychotique, il semblerait qu'on ait affaire plutôt à un déni de l'existence de ces motions pulsionnelles. La pulsion à l'égard de l'enfant ne pouvant se constituer comme « exigence de travail » pour la psyché de l'adulte, les soins apportés le sont coupés de toute fantasmagorie et de toute fantaisie. L'ambivalence n'a pas de place et ne peut donc pas être traitée psychiquement.

Si on accepte l'idée que le plaisir est le levier fondamental par lequel le bébé investit et habite son corps en en faisant le lieu et la source de la pensée (D. Anzieu, 1974, op. cit et C. Dejours, 2003 a., op. cit.), on ne peut pas faire l'impasse sur la place centrale qui doit être accordée à la pulsion sexuelle. Si on admet que tout n'est pas sexuel, on est contraint de maintenir la référence à un en-deça du sexuel non pulsionnel au départ... et à la théorie de l'étayage.

La pensée naît d'une expérience du corps mais ce corps est toujours construit sur une architecture dont les structures sont fragiles, vulnérables et non programmées par la génétique ou la biologie. Elles dépendent de l'action d'un autre au travers des soins apportés à ce corps biologique encore non contaminé par le sexuel. La pensée naît dans l'affect éprouvé par ce corps au contact du monde or cette fonction-là –la capacité à sentir et ressentir le monde et les autres, l'habileté sensible – peut être précarisée dans la construction de ce corps en charge de sentir et de ressentir.

La première subversion libidinale du corps biologique se place sous le déterminisme de l'action d'un autre en charge des soins à apporter à ce corps. Cet autre, déjà habitant d'un corps biologique subverti, *implante* (J. Laplanche, 1990) donc la sexualité dans le corps de l'enfant et c'est de cette implantation que dépendra la possibilité d'une subversion libidinale chez ce dernier. Cette implantation, nous dit J. Laplanche, se fait à l'insu même de l'adulte qui l'effectue.

De manière différente des théories de l'attachement, J. Laplanche critique aussi la notion freudienne d'étayage (1987, op. cit.). Sa critique aboutit à réaffirmer le « primat de l'autre » dans la théorie des pulsions. C'est par la double réaffirmation du primat de

l'autre et de la centralité du sexuel que J. Laplanche ouvre la voie, selon moi, à la construction d'une théorie sociale en psychanalyse.

J. Laplanche fait l'hypothèse d'une situation originaire constitutive de l'inconscient. Cette situation originaire fonde sa « théorie généralisée de la séduction » induisant une restructuration de la théorie des pulsions de manière radicalement différente de celle proposée par D. W. Winnicott. Dès la naissance l'enfant doit faire face à des adultes porteurs de messages sexuels énigmatiques pour lui qui n'a pas l'« équipement » nécessaire pour les traduire. Ces signifiants énigmatiques ne pouvant réellement être symbolisés, sont refoulés et inscrits comme des « objets-sources de la pulsion ».

S. Freud a mis à jour la « séduction précoce » par la mère à l'occasion des soins nécessités par l'Hilflosigkeit de l'enfant. **Contrairement à la première théorie de la séduction, cette séduction maternelle sera plutôt envisagée comme une réalité, une vérité (Wirklichkeit) que comme un traumatisme.** Il n'a pas oublié que les premiers soins corporels pouvaient être aussi innocents qu'excitants. Dans sa conférence sur *La féminité* (1932), il nomme clairement la mère comme la séductrice originaire et, dans *L'Abrégé* (1938), le sein devient « le premier objet érotique », ne faisant que préciser ce qu'il avait déjà dit à de nombreuses reprises (Déjà dans les *Trois Essais*). Cependant, J. Laplanche remarque que Freud ne parle ni de l'inconscient parental ni de l'activité de l'enfant. Il construit sa critique et sa théorisation à partir de la notion freudienne d'*étayage* car elle tient une place dans la notion de séduction telle qu'elle fut posée par S. Freud. C'est à partir du suçotement que Freud aborde la notion d'*étayage* comme celles d'auto-érotisme et de zone érogène servant à définir la sexualité infantile. Freud décrit l'*étayage* dans l'émergence de la sexualité s'appuyant sur la fonction d'auto-conservation dont elle prendra ensuite son indépendance. Dans cette première conception, l'*étayage* n'est pas du tout entendu comme une relation interpersonnelle où l'enfant s'appuierait sur son environnement, il s'agit de l'articulation de la pulsion et de la fonction.

J. Laplanche remet en question cette conception de l'*étayage* en expliquant son insuffisance à expliquer la genèse de la sexualité à partir de l'auto-conservation. Ne voulant pas céder sur le primat à accorder à l'action de l'autre, il généralisera la théorie de la séduction (1987, op. cit.). Si pour Freud, l'auto-érotisme signifie « absolument sans objet ». J. Laplanche considère que la sexualité est

« (...) implantée dans le petit d'homme à partir de l'univers parental, de ses structures, de ses significations et de ses fantasmes » (J. Laplanche, 1993, p79).

« La théorie de la séduction est encore plus importante que celle de l'étayage ou, si vous voulez, c'est elle qui apporte la vérité de la notion d'étayage. » (J. Laplanche, 2008, p 69)

C'est cette situation que J. Laplanche qualifie de *séduction originaire*. Pour désigner le message, il parlera dans un premier temps de « signifiants énigmatiques » puis de « messages énigmatiques » pour finalement préférer « messages compromis » (*compromis* étant à comprendre dans le sens de *contaminés* par l'inconscient de l'adulte).

Le travail de l'enfant est de symboliser ces « messages compromis », c'est-à-dire en quelque sorte les traduire. Les restes inconscients de cette traduction seront les « objets-sources de la pulsion » et continueront d'être des sources d'excitation interne. On comprend bien ici l'écart pris avec la théorie freudienne de l'étayage puisque les sources pulsionnelles ne sont plus simplement « dérivées » des fonctions somatiques d'adaptation mais résident dans ce qui résiste dans le message à la traduction. Il n'est pas possible de comprendre cette conceptualisation sans faire référence à l'*originaire*. Pour J. Laplanche, la situation universelle de la naissance met en contact un enfant et un adulte dont il décrit ainsi l'interaction :

« La relation originarie s'établit, de ce fait, dans un double registre : une relation vitale, ouverte, réciproque, qu'on peut dire interactive à juste titre, et une relation où est impliqué le sexuel, où l'interaction n'a plus cours car la balance est inégale. » (J. Laplanche, 1987, op. cit., p103).

L'implantation se greffe sur des gestes mais ce qui est implanté, ce sont des « messages énigmatiques » tant pour l'adulte que pour l'enfant. Ce ne sont pas des fantasmes ou des désirs qui sont directement implantés. Ce sont ces « messages énigmatiques » par l'affectation du corps qu'ils produisent qui stimulent l'enfant à les traduire, à les rendre intelligibles et appropriables. Nulle question d'identification projective ou d'introjection supposant la constitution préalable d'un appareil psychique mais plutôt un détournement initial des fonctions du corps se posant comme énigme et amenant l'enfant, pour les maîtriser, à en développer une autre : la pensée.

Les comportements d'attachement ne sont pas dans la théorie laplanchienne, définis comme antérieurs chronologiquement par rapport à la pulsion mais bien parallèles. J. Laplanche parle ainsi « d'onde porteuse du message ». C'est là un point fondamental car cela fait une place à

la question de l'attachement aux côtés de la pulsion et de comprendre son importance conservée à l'âge adulte.

Les problèmes soulevés par le postulat la précession de l'amour sur la pulsion sexuelle sont majeurs, car ils impliquent une « déssexualisation » du lien social en psychanalyse : le lien à autrui peut tout à fait s'envisager en faisant abstraction du rôle tenu par la pulsion tant dans la construction que dans la déconstruction des œuvres sociales, dans le travail de culture. L'homme n'a pourtant rien ni d'angélique ni de foncièrement mauvais (1927, 1929). Il n'est tourné naturellement ni vers le bien ni vers le mal. Toutefois, il est guidé par ses besoins de satisfactions pulsionnelles ce qui peuvent le conduire à faire des choses contraires à ses propres intérêts et contraires aux intérêts de la culture. L'homme n'a pas plus à voir avec le « bon sauvage » rousseauiste qu'avec le « loup pour l'homme » de T. Hobbes (reprenant Plaute). Placer l'amour au premier chef des vecteurs de lien social ne peut aboutir qu'à une forme d'angélisme bien loin de la potentialité démoniaque contenue dans la pulsionnalité ou alors il faut soutenir une théorie de l'amour qui ne soit pas a-pulsionnelle comme le soutiennent les théoriciens de l'attachement et, il me semble, comme les théories du Care.

On ne peut cependant pas omettre de considérer la réalité des liens d'attachement et leur importance dans la nature des liens intersubjectifs, notamment les liens premiers ou encore ceux tissés entre deux individus ne manifestant pas le même degré d'expressivité des affects. Sur ce plan, la clinique du travail des familles d'accueil thérapeutique fournit des contributions intéressantes en nous montrant que l'attachement, du côté du sujet pourvoyeur de soin, s'appuie sur la mobilisation de l'inconscient et s'appuie sur des modalités de coopération collectives (chapitre III). L'attachement du sujet maternant n'est pas instinctif mais bien le fruit d'une construction culturelle s'appuyant sur un travail intrapsychique de traitement des affects nécessitant des habiletés développées à l'occasion de la situation de soin mais dépendant de conditions sociales et organisationnelles. L'attachement du sujet adulte maternant devant prendre soin d'un autre - central dans la dynamique soignante, s'appuie sur des habiletés développées au cours de la « situation anthropologique fondamentale », pour reprendre les termes laplanchiens.¹⁵⁸

¹⁵⁸ Elles ont pu ensuite être enrichies, affinées, au cours d'une maternalité mais cela ne reste pas une condition nécessaire. Un individu n'ayant pas été parent lui-même peut tout à fait être un bon accueillant familial thérapeutique.

Le maternel touche à l'originaire, aux relations primaires dans lesquelles se construit le sujet. **C'est donc un adulte maternant qui serait donc au cœur du maternel.** Ce qui est en question ici, c'est l'origine du pulsionnel ; l'entrée dans le registre du sexuel se faisant par l'entremise de l'action de cette figure maternante, à la fois pare-excitante et séductrice. Si on admet la réalité de la sexualité infantile, on ne peut pas soutenir l'image d'une Mère a-sexualisée mais la figure maternelle est pour ainsi dire bivalente, maintenant ensemble ces deux aspects du maternel. Elle ne peut se penser dans l'économie des relations qu'elle entretient avec un autre, jouant à son tour un rôle pare-excitant vis-à-vis de l'enfant dépendant des soins maternels. **La figure maternelle est donc en un certain sens, d'emblée, collective et multiple.** Le maternel ne saurait exister et jouer se constituer comme le fond « sur lequel nous appuyons notre sentiment d'exister nos rêves et nos pensées » (C. Anzieu-Premmereur, 2011, op. cit. p1449) sans l'action paternelle mais aussi sociale.

L'adulte maternant remplit un rôle de production de l'humain par son action d'implantation de la libido dans l'enfant qui en est initialement dépourvu. Il joue un rôle majeur dans le processus de décolllement érotique du corps. C'est son action sur le corps de l'enfant qui l'amène à se soustraire du registre du biologique pour entrer dans celui de l'humain.

La satisfaction des besoins primaires vitaux nécessite de la part de l'adulte pourvoyeur de ces soins un travail maternel qui peut être entendu comme la production (poiesis), d'un petit d'homme par la contribution apportée à la construction de son identité. Dans cette perspective, selon C. Dejours, cette action est alors la cible de trois déterminismes pouvant l'empêcher ou en infléchir les qualités :

- un déterminisme biologique. Dans son action, l'adulte maternant a à composer avec la nature et les aléas qui le mettent en échec et le somment de se mettre – ou de continuer à se mettre – au travail comme déjà développé plus avant dans ce chapitre.
- un déterminisme psycho-familial « se cristallisant sous la forme de l'inconscient sexuel infantile » (C. Dejours, 2002, op. cit., p30).
- un déterminisme social qui « somme chaque sujet – après lui avoir donné une assignation sociale de genre par l'état civil, sur la base de la morphologie des organes génitaux externes à la naissance -, somme donc chaque sujet de se définir et de se situer comme identité sexuée ou mieux, comme « gendrée » ou « genrée », tout au long de sa vie, avec une insistance redoutable. » (C. Dejours, 2002, op. cit, p30). Dans ce cadre, l'adulte maternant est assigné et assigne ; il est le destinataire et l'émetteur et le « porte-voix » de messages sociaux énigmatiques.

Si la psychodynamique du travail fournit un cadre théorique pour penser le travail et la psychanalyse un second permettant de penser le sexuel. Il faut bien convenir que la théorie de l'amour reste partielle et lacunaire. La théorie de J. Laplanche (1993) nous donne néanmoins des clés importantes pour poursuivre le débat, notamment avec les théories de l'attachement. L'attachement du bébé envers celui qu'il investit comme sa mère – parce qu'il se présente à lui et satisfait ses besoins vitaux – est un comportement instinctuel inné. Il se manifeste par la recherche du contact avec la chaleur de la peau d'un congénère ou d'un autre être vivant (comportements de foussement et d'agrippement). Cette base comportementale instinctuelle est vectorisée vers un autre et précède toute reconnaissance de cet autre. L'investissement précède la reconnaissance de l'objet. Ces comportements sont fondamentaux pour le développement de l'enfant et constituent « la base biologique sur laquelle se développe la communication. » (C. Dejours, 2002, op. cit., p 32)

La manifestation de ces comportements, *en temps ordinaire*, déclenche chez l'adulte des comportements de soi, de protection, de maternage désignés sous le nom de « retrieval ». Dans cette perspective, la séquence est double : comportements d'attachement puis comportements de « retrieval ». A première vue, l'ensemble ressort du domaine de l'instinct. Ce serait, selon moi, faire l'économie du sexuel infantile qui anime toujours cet autre « retrieval » car cette relation de soin est contaminée par le sexuel du fait même qu'elle est pratiquée par un adulte doté d'un inconscient sexuel. Cette contamination par le sexuel subvertit « l'ordre biologique » au profit de « l'ordre érotique » (C. Dejours, 2002, op. cit. p32) régnant sur le corps. Cette subversion, inévitablement toujours imparfaite, laisse derrière elle des points de vulnérabilités identitaires et un résidu de comportements d'attachement soutenant d'ailleurs la possibilité du processus de subversion libidinal tout au long de la vie. Car ce dernier ne s'arrête pas au conflit œdipien. Sous la pression du biologique, c'est bien à une relance de ce processus que l'individu se trouve soumis au moment de l'adolescence par exemple.

Si l'amour se constitue de trois dimensions intriquées les unes aux autres – le narcissique, l'attachement et le sexuel – comme le soutient J. Laplanche, on comprend alors d'autant mieux quelle importance il peut revêtir pour les deux protagonistes de la relation mais aussi du coup, à quelle vulnérabilité il expose. Les enjeux identitaires, narcissiques de l'amour sont majeurs. La conquête et la réassurance quant à la pérennité de l'amour de l'autre sont fondamentaux dans l'économie singulière et intersubjective des individus.

L'attachement est ainsi dans le même temps une relation de dépendance à l'égard de l'autre. Il introduit dans l'amour ipso facto toujours une part d'aliénation –au regard, voir au désir de l'autre. Tant et si bien qu'on ne saurait exclure des relations d'amour une part relevant de l'économie de la domination.

« Dire que l'amour ne joue pas un rôle déterminant ou originaire dans les rapports de domination dans la sphère privée ne consiste pas pour autant à conférer au dit amour un rôle contingent. Pour le dire autrement : vis-à-vis de l'analyse de la répétition et de la reproduction des rapports de domination dans l'espace privé, la référence à l'amour est une condition nécessaire, mais non suffisante. (...) les rapports de domination dans la sphère privée s'étayeraient et se nourriraient de la dépendance affective qui lie entre eux les partenaires d'une relation amoureuse. » (C. Dejours, 2002, op. cit. p 31)

Ce n'est pas par pur don de soi ou par une « sainte abnégation » que l'être maternant se soumet aux besoins impérieux et impératifs de celui dont elle doit prendre soin. C'est aussi parce qu'elle le doit et pense le devoir... l'amour maternel n'a rien d'instinctuel. Il est au contraire une construction humaine relevant du *Kulturarbeit*¹⁵⁹ certes composé d'un registre relevant d'un fondement biologique mais ne s'y limitant pas. La part dévolue au sexuel dans l'amour est vectorisé vers l'autre mais sans doute vers soi-même avec une plus grande force. Il y a dans l'amour une part narcissique centrale et évidente. Aimer quelqu'un, c'est aimer l'image qu'il nous renvoie de nous-mêmes et ce faisant, c'est aussi lui octroyer un pouvoir écrasant : celui de nous renvoyer de nous-mêmes une image aimable ou le contraire ce qui peut nous entraîner dans un vacillement identitaire potentiellement dangereux...

Pour R. Zazzo, l'attachement est un besoin primaire. Il n'est ni le résultat du plaisir de manger ni des soins maternels.

« La manifestation de ces affects, déjà chez les animaux, dépend de l'histoire individuelle, et chez les hommes d'institutions plus ou moins respectées par la mère. Si bien que l'attachement nous paraît en définitive constituer une coaction de l'enfant et de sa mère, ou de ses parents, avec toujours dans les réactions sociales, quelque indépendance sinon quelque conflits entre les deux sujets de la participation. » (P. Malrieu, 1974, p114)

La subjectivité du pourvoyeur de soin, de celui qui réalise le retrieval, chez R. Zazzo n'est pas prise en compte. L'attachement ne dériverait pas du « besoin de protection » mais d'un

¹⁵⁹ Freud S. (1927), « L'avenir d'une illusion », *Œuvres complètes, tome XXVIII*, Paris, PUF, pp141-197. Si les hommes se regroupent et travaillent, ce n'est pas par attrait mais pour se défendre de la puissance impitoyable de la Nature. Les intérêts auto-conservateurs et narcissiques sont au premier plan.

programme biologique. En se référant d'une manière singulière au concept d'étayage mis en avant par S. Freud et critiqué par les théories de l'attachement, J. Laplanche nous permet de prendre en compte les données de ces études éthologiques sans céder sur la centralité du sexuel et nous permet de dégager un point aveugle : ce qui amène ou non un adulte en situation de pourvoyeur de soins primaires à dispenser ces soins ou non et comment il le fait. La théorie de J. Laplanche ouvre des perspectives fondamentales nous permettant de poursuivre les ambitions freudiennes de construction d'une théorie sociale en psychanalyse. Elle s'appuie notamment sur les notions d'*assignation* et de *traduction*.

Il faut considérer le décalage entre les deux déterminants de l'attachement : ceux qui existent chez l'enfant et ceux qui existent chez la mère. C'est une relation *asymétrique et inégale*.

Si l'attachement de l'enfant va vers autrui dans une orientation primitivement asexuelle et présociale au sein de laquelle les besoins organiques jouent un rôle fondamental, la mère, elle, va vers eux mais à partir de ce qu'elle est c'est-à-dire un adulte sexué et sexualisé qui a été lui-même cet enfant bénéficiaire des soins et émetteur de cette demande initialement asexuelle. La mère appréhende l'enfant à travers sa sexualité, sa culture, son intégration et son *assignation sociale*. Ces sentiments et représentations changent au fur et à mesure de la croissance de l'enfant, de la survenue ou non d'autres enfants, des modifications de la relation au père et de sa propre vie. Cette asymétrie est un point fondamental dans le passage du registre de l'attachement à celui des conduites sociales humaines. Si pour S. Freud ce qui structure en premier lieu les liens sociaux c'est l'identification à l'autre, il me semble que cette idée s'appuie sur un hiatus : comment concevoir que cet enfant de l'attachement soit passif puis actif dans l'entrée dans le registres des conduites sociales. Il a bien fallu pour cela *le convoquer* sur la scène sociale.

« L'identification (...) peut naître chaque fois qu'est perçue à nouveau une certaine communauté avec une personne qui n'est pas l'objet de pulsions sexuelles. » (S. Freud, 1921 p170)

A partir de cette citation de S. Freud, on pourrait suggérer que l'identification repose pour partie sur la comparaison à un autre. Mais pour qu'il puisse comparaison, il faut bien qu'il eut été posé cet autre... Avant le temps de « identification à », il faut bien présupposer le temps de « l'identification par ».

Les mères ont besoin de réponse de la part de l'enfant pour confirmer qu'elles sont de « bonnes mères », d'être confortées dans leur manière de prendre soin de l'enfant et de faire des choix à son sujet. Dans le même temps, le rôle et les fonctions d'une mère sont encadrés

par des représentations sociales. Les sujets adultes parents ou en posture de devoir prendre soin d'un autre dépendant sont les destinataires de messages d'assignation sociaux leur dictant la manière dont doit être et se comporter une « bonne mère » ou un « bon père ». Traiter ces messages sociaux est central dans le « travail maternel » et s'avère important pour maintenir l'investissement dans la durée au fil de tâches répétitives, naturalisées et non reconnues sur la scène sociale sauf relevant d'un « naturel normal », de l'impensé culturel. **Prendre soin de l'enfant et l'élever, prendre soin d'un autre que soi dépendant n'a rien d'évident. Le maternage implique pourtant des renoncements à des prérogatives personnelles et singulières qui ne se font pas sans souffrance et sans frustration. Il s'agit aussi de contre investir les mouvements pulsionnels auto-conservatoires qui la traversent et construire les fondements de l'activité pulsionnelle autoconservatrice puis narcissique de l'enfant. Dans ce travail psychique fait de renoncement et de répression pulsionnelle, sans doute que les réponses de l'enfant, du bénéficiaire de ces soins ainsi que celles des autres objets investis par la mère (ses propres ascendants, le père etc.) sont déterminants. Les liens de coopération sont centraux dans la qualité du travail maternel.** Loin d'être extérieurs à la qualité des soins apportés et à l'équilibre entre investissement et excitation, dans le réglage de l'ambivalence pulsionnelle, ils sont au contraire au cœur du travail maternel à accomplir.

L'attachement de la mère est requis mais est aussi conditionné par les comportements de l'enfant envers elle. On ne peut pas limiter la relation d'attachement ou la relation primaire à une situation dyadique car l'un des deux protagonistes n'est pas « vierge » de tout contact et de toute insertion sociale. Cette relation primaire est parasitée, infiltrée de messages venant du social et qui sont des messages d'assignation reçus par l'adulte assignant, alors qu'il était enfant. L'adulte est l'émetteur des messages énigmatiques. A partir de la clinique du travail maternel, je compléterai cela en considérant que l'adulte assignant est aussi le récepteur de messages énigmatiques, certes alors qu'il était enfant mais également alors qu'il est adulte en posture de pourvoyeur de soin face à un enfant. La situation de soin primaire convoque de nouveau à la traduction.

Dans la théorie de J. Laplanche, ces messages d'assignation sont des messages d'assignation de genre¹⁶⁰ mais – et nous nous risquons là à un écart par rapport à J. Laplanche - plus

¹⁶⁰ Parmi ces messages d'assignation, il y a le genre mais peut-être faudrait-il élargir le champ qu'ils recouvrent comme le propose Valérie Ganem au sujet de l'assignation de couleur de peau (2011). Sans doute faudrait-il interroger dans cette perspective d'autres travaux portant sur l'identification par la classe sociale et ses

généralement d'assignation à une place dans l'économie de la domination qui structure toute société humaine. La mère est ainsi l'objet, le destinataire et l'émetteur de ces messages énigmatiques qu'elle se doit, à son tour, de transmettre.

IV) L'assignation et le travail maternel : Contribution à la civilisation et production du citoyen.

Les tâches de maternage ne sont pas réservées aux femmes ou aux mères biologiques: la mère est une personne qui prend sur elle la responsabilité de la garde des enfants, qui « en fait son travail de façon régulière et une partie importante de sa vie active » : Les pères, les tantes, d'autres mères, un parent nourricier ou grand-parent peut être le *soignant maternel primaire*. Ce soignant maternel primaire peut donc être dans un lien de parenté ou d'un sexe différent que celui de la femme mère et/ou nourricière. Alors pourquoi donc conserver l'usage des termes de « mère » et de « maternel » pour désigner ce travail consistant à la fois à prendre soin et élever les enfants et plus généralement les être dépendants ? A cela plusieurs raisons. Historiquement dans nos sociétés, ce sont les femmes qui ont assignées à la prise en charge des enfants. Ce sont donc elles qui se trouvent confrontées assignées, socialement, à ces tâches et à ces responsabilités liés au maternage. **Ces assignations de tâche et de place dans l'économie des rapports de domination au sein de la société constituent le message énigmatique d'assignation de genre qui impose à celui qui se les voit imposés un traitement psychique spécifique, lui-même partie prenante du processus de construction identitaire.**

Par ailleurs, une société ne peut se penser que dans la définition de rôles, places, fonctions différenciées et articulées des individus autour d'une œuvre commune.

L'intérêt de J. Laplanche pour la question du genre est très ancien, précédant de loin en France les Gender Studies parce qu'il évoque le sujet pour la première fois en 1973 à propos de l'angoisse (puis il la reprend en 2003).

Dans la théorie laplanchienne, la construction de l'angoisse de castration est tardive, parce qu'avant la reconnaissance de la différence des sexes, l'enfant a déjà une connaissance

implications corporelles. Je ne citerai ici que par exemple le dernier livre de G. Harrus Révidi (2015) ou encore, dans un tout autre champ disciplinaire, *Pour en finir avec Eddy Bellegueule* d'Edouard Louis (2014).

de la différence entre masculin et féminin dont il déjà fait une « théorie sexuelle infantile », pour reprendre la terminologie freudienne.

« Dans une étape pré-castrative, une reconnaissance d'une distinction des genres précédant la différence des sexes » (J. Laplanche, 1980, p 33).

L'attribution du genre, est arbitraire et dépend de chaque contexte culturalo-linguistique. C'est pourquoi Laplanche admet, comme les théoriciens des Gender Studies, que **le genre procède d'une construction sociale**. Il faut donc le distinguer de la différence des sexes, qui se réfère quant à elle, à l'anatomie. Le genre est une conviction intime, un vécu en vertu duquel, chaque individu s'éprouve comme appartenant à l'un des deux genres, l'un des deux groupes sociaux, masculin ou féminin.

Selon une grande partie des théoriciens, l'identité de genre, serait le résultat d'un conditionnement ou d'une *intériorisation de la contrainte sociale* qui somme chaque individu d'accorder son habitus à son sexe anatomo-biologique. Et c'est précisément ce point que S. Freud démontre à l'inverse. J. Laplanche reprend la voie ouverte par Freud et oppose à la théorie sociale la thèse fondamentale selon laquelle la transmission sociale passe par un chaînon intermédiaire irréductible : la « situation anthropologique fondamentale », c'est-à-dire la relation adulte-enfant. Tout ce qui arrive à l'enfant en provenance du monde social passe d'abord par des messages adressés par un adulte – chacun des parents mais aussi les membres de la famille élargie, les membres du corps médical, les nourrices etc.

Le message énigmatique serait lié au traitement accompli par l'adulte du message d'assignation de genre reçu.

Les messages de genre existent avant même la naissance: désignation par un prénom, déclaration d'état civil, couleur de la layette, jouets etc mais ne se transmettent que par l'intermédiaire des soins portés sur le corps donc après la naissance. Les messages véhiculés par l'entremise de l'action maternelle (gestes et parole soit la communication entre l'adulte et l'enfant autour du corps biologique de l'enfant) ont donc une nature sociale et une fonction socialisante mais ne sont pas pour autant dépourvus de contenu sexuel (par leur contamination par les fantasmes sexuels de l'adulte). Ces messages énigmatiques exigent en contrepartie, une traduction par l'enfant. Ils ne sont pas simplement incorporés et intériorisés.

« Mais ces contenus sexuels sont pourtant ignorés de l'adulte qui les transmet du fait que précisément ils procèdent de son inconscient. Lorsqu'à un enfant l'adulte signifie qu'il est une fille, sait-il seulement ce qu'il lui transmet ? Qu'est-ce que signifie « tu es une petite fille » ? « Tu deviendras une femme, ma fille » ? « Mais tu as déjà des attitudes féminines, ma chérie ! » ?, Qu'est-ce qu'être une fille, être une

femme, être féminine ? Ces déclarations de l'adulte sont frappées d'ambiguïtés de toutes sortes, de plaisir aussi bien que d'ambivalence, d'aversion que d'hésitation ou d'angoisse, toutes d'origine fantasmatique, frappées du sceau de l'inconscient sexuel de l'adulte. La charge inconsciente massivement investie par l'adulte dans ces messages, leur donne une texture mixte : le genre transmis n'est pas seulement de texture socio-historique, sa trame est contaminée de contenus sexuels inconscients, qui ont un pouvoir d'excitation-sédution sur l'enfant. La traduction qu'en fait l'enfant s'organise dans les théories sexuelles infantiles. Ce qui est resté non-traduit sédimente sous la forme de l'inconscient sexuel. Le genre existe donc désormais sous deux formes dans la vie d'âme : dans le système Préconscient-Conscient sous la forme des théories sexuelles infantiles et dans le système Inconscient sous la forme de motions pulsionnelles. » (C. Dejours, 2015, p163)

Ces messages de genre sont nécessaires socialement, ils permettent d'assigner une place au sujet devant entrer dans la communauté sociale. C'est une tâche parentale que d'identifier, nommer le genre de l'enfant et ainsi le positionner dans l'économie des rapports sociaux. Parce qu'en assignant un genre, c'est aussi une place, une position dans les rapports sociaux, des rôles, des attributs et des tâches sociales attendues du futur adulte qui sont ainsi transmis. Ce qui est transmis c'est une prescription de position dans les rapports à l'autre.

Dès son plus jeune âge, l'enfant est confronté à des « messages éthiques paradoxaux », pour reprendre l'expression de P. Pharo (2000), d'origine parentale et genré du type : « fais ce que je dis mais ne fais pas ce que je fais ». Tous les messages véhiculés par les parents sont complexifiés des postures et des actes à valence éthique qu'ils tiennent et accomplissent. Ils sont toujours incarnés dans une pratique si bien qu'en même temps que des messages d'assignation de genre sont véhiculés des messages d'assignation éthique posant cette dernière comme une énigme. « une fille – une femme - fait cela », « un garçon – un homme – ne fait cela »... **Donc, en même temps que le message d'assignation de genre est véhiculé un message d'assignation éthique. Il est prescrit une manière de traiter l'autre et de se construire en rapport avec lui.**

Si on admet la validité de cette hypothèse, on décale alors la proposition des éthiques du care d'une « voix différente en morale » (C. Gilligan, 1982, op. cit.), on va vers l'idée d'une « assignation-traduction » différenciée en raison de la place tenue sur les lignes de la domination qui structurent le champ social.

A l'âge adulte, convoqué par son propre socius (et celui de l'enfant) à transmettre ces messages énigmatiques, le sujet maternant se voit opposé une nouvelle exigence de traduction du même message énigmatique de genre et éthique reçu il y a bien longtemps mais complexifié depuis. Cette fois-ci il s'engage dans sa traduction sur la base des éléments qu'il

avait traduits, d'éléments en attente de traduction et d'autres intraduisibles, résultant des « accidents de la séduction » et constituant ainsi « l'inconscient amential » pour C. Dejours (2003 a., op. cit.).¹⁶¹

La traduction dépend de l'individu. Ce qu'il comprend du genre et ce qu'il éprouve en soi comme identité de genre est imprédictible : Entre message et traduction apparaît une infinité de décalages possibles. C'est dans cette épaisseur entre messages énigmatiques et constitution de l'inconscient que se construit l'inconscient, par le travail psychique de traduction. **Il n'y a pas de prédictibilité de l'assignation.**

Cette traduction est opérée à partir d'un « code » de traduction dont se sert l'enfant, « d'aide à la traduction » (notion proposée par F. Martens):

« Confronté aux messages de l'adulte compromis par l'inconscient, donc énigmatiques, intraduisibles par les seuls moyens des codes relationnels qu'il a à sa disposition (code « auto conservatifs »), l'infans doit faire appel à de nouveaux codes. Mais il n'invente pas ceux-ci à partir de rien. Il a à sa portée, très tôt, de par son environnement culturel général (et pas seulement familial) des codes, des schémas narratifs pré-formés. On pourrait ici parler d'une véritable « aide à la traduction » proposée par la culture ambiante » (J. Laplanche, 2007, p208 cité par C. Dejours, 2015, op. cit.).

« C'est ici qu'intervient ce que nous nommerons l'univers du « mytho-symbolique », en y incluant aussi bien des codes comme ceux (classiques) du « complexe d'Œdipe », du « meurtre du père », ou du « complexe de castration » que des schémas narratifs plus modernes, en partie apparentés aux précédents, mais en partie novateurs » (J. Laplanche, 2007, op. cit., p209).

« A l'encontre de l'opinion très généralement admise, et aussi bien celle de Freud qui voit dans la relation œdipienne le « noyau » même de l'inconscient, il nous faut situer de telles structures *non pas du côté du refoulé, mais du refoulant* ; non pas du côté du sexuel primaire mais de ce qui vient le mettre en ordre, et finalement le déssexualiser, au nom des lois de l'alliance, de la procréation, etc... » (J. Laplanche, 2007, op. cit, p212).

Le refoulement n'est pas déjà là mais vient d'un autre, il advient à l'occasion de la situation anthropologique fondamentale. Cette question du code est reprise par S Bleichmar (2000) qui dans ses travaux portant sur la clinique infantile soutient l'idée l'adulte – et a fortiori l'adulte maternant, la mère– ne fait pas que transmettre des messages énigmatiques à l'enfant mais aussi des « éléments de liaison » indispensables à la traduction¹⁶².

¹⁶¹ Sur ce point, J. Laplanche (1993, op. cit) préférera le terme d'inconscient enclavé en raison d'une divergence concernant la considération du destin des messages énigmatiques.

¹⁶² Il faut toutefois souligner que le modèle proposé par S. Bleichmar achoppe sur un point, la prise en compte du corps et les liens entre expérience corporelle et conception traductive de l'inconscient/genèse de la pensée. Elle

Peut-être faut-il voir dans les qualités du retrieval des éléments concourant à cette aide à la traduction : par les qualités de ses réponses, l'adulte encourage, stimule ou bien empêche, arrête les tentatives de traduction de l'enfant et donc la genèse de sa pensée.

J. Laplanche insiste: si la majorité des théoriciens sociaux considèrent que le sexe précède le genre et que le genre interprète culturellement le sexe, la psychanalyse, elle, avec Freud montre au contraire que chez l'enfant le genre précède le sexe. Et le sexe, la différence entre les sexes perçue plus tardivement par l'enfant, sert de point d'appui à une théorisation sexuelle infantile pour mettre en ordre et, dans une certaine mesure pour déssexualiser, la charge érotique accompagnant l'énigme du genre, en utilisant l'opposition binaire phallique/castré. Ainsi la pérennité des rapports sociaux de genre et leur transmission ne peuvent faire l'économie d'une théorie faisant une place central au sexuel et à la relation adulte.

Il ne peut pas y avoir de théorie sociale sans anthropologie psychanalytique.

« (...) Ce n'est pas la société qui assigne » (J. Laplanche 2003, op. cit., p85)

Entendons : l'assignation est une action menée par des être incarnés et singuliers, les adultes qui composent et font vivre la dite société. Ce sont les actions des hommes et la manière dont ils les accomplissent ou non qui construit la société (ou la détruit).

L'*assignation* n'est pas l'*Interpellation* (J. Butler, 2002). Elle ne déploie pas uniquement dans un champ du langage mais dans le registre de l'action incarnée.

Pour J. Laplanche :

« L'assignation est un ensemble complexe d'actes qui se prolonge dans le langage et dans les comportements significatifs de l'entourage. On pourrait parler d'une assignation continue ou d'une véritable prescription. Prescription dans le sens où l'on parle des messages dits « prescriptifs », de l'ordre donc du message, voire du bombardement de messages » (J. Laplanche, 2003, op. cit., p81).

Prescription ne signifie pas intériorisation ni introjection. La prescription nécessite d'être interprétée et traduite pour donner lieu à des comportements. Le choix des termes est

lâche le modèle traductif pour adopter le modèle des enveloppes psychiques privilégiant le processus de « psychisation » au détriment de celui de « traduction » suggérant ainsi, en négatif un défaut de psychisation, de métabolisation ou encore de mentalisation au cœur de la psychopathologie. On rejoint donc d'une certaine manière le modèle du déficit pour penser la pathologie, laissant choir le primat à accorder aux aléas de la sexualisation du corps.

important. Emission et réception du message s'appuient sur un traitement du contenu du message, un travail intrapsychique requérant la mobilisation subjective de l'individu.

L'assignation n'est pas une apposition d'étiquette (ce serait une perspective sociologique) mais un ensemble de messages qui se font connaître à l'enfant par une exigence à les traduire. Mais compliquons encore un peu l'affaire... A partir de la clinique du travail maternel, cette exigence de traduction, semble ne pas s'imposer au seul enfant mais aussi à l'adulte en posture maternante car :

« Quand Freud pointe ces motions de désirs qu'il convient de qualifier de perverses, le sexuel infantile de la mère est clairement désigné. On a redécouvert aujourd'hui la mère séductrice, mais n'est-on pas pudique face au « bébé séducteur » : le bébé est une « bombe » sexuelle pour la mère, un jouisseur, un provocateur incessant qui vient mettre en tension toutes les pulsions partielles de la femme devenue mère. Si la mère éveille la sexualité de l'enfant, il le lui rend bien... » (H. Parat, 2011, p1610)

La clinique du travail maternel nous pousse à penser, c'est que d'une part l'assignation ne s'arrête pas, elle continue tout au long de la vie et que d'autre part, elle est une action collective.

Les tâches et « l'être maternel » sont entourés par des contraintes, des attendus et des prescriptions sociales. Si on suit cette idée, on peut postuler que l'adulte en charge des soins maternant se voit convoqué à une nouvelle traduction des messages énigmatiques (déjà reçus et à transmettre) complexifiés de nouveaux attendus et de prescription nouvelles : bien élever un enfant pour en faire un citoyen contribuant au travail de culture.

Dans son texte de 1927, S. Freud insiste sur le rôle important joué par les femmes, dans les familles auprès des enfants dans la transmission des valeurs et des prescriptions culturelles (pages 188-189), dans la pérennisation des structures de domination et du règne de l'interdit de penser. Considérant que le progrès social ne peut se faire sous le règne de l'interdit de penser, central dans le système religieux et infiltrant les prescriptions éducatives, il pointe le rôle cardinal joué par l'éducation dans les familles dans la mise en œuvre du processus civilisationnel consistant à « réduire la part des hommes hostiles à la culture » (S. Freud, 1927, op. cit., p149). Dans une époque toutefois toujours très empreinte de religiosité, cette question du genre, impensé de l'époque laisse également derrière elle l'articulation entre l'économie érotique et l'économie de la domination, empêchant ainsi de penser l'articulation entre travail familial et travail de culture. **L'assignation de genre ne touche pas que l'opposition binaire des signes extérieurs du corps ou encore des habitus mais aussi des**

prescriptions sociales en matière de maternalité et de travail maternel ainsi que des sentiments qu'il faut éprouver au contact d'un enfant – d'un être dépendant. L'assignation de genre est la voie royale d'entrée de la domination dans le fonctionnement psychique parce que l'assignation de genre participe à la structuration et à la construction identitaire. Ce faisant, elle véhicule des voies identificatoires, « frayages » nécessaires à la mise en œuvre de mécanismes éthiques et empathiques.

On pourrait entendre comme programmatique le texte freudien quand ce dernier se demandant:

« Les relations entre les sexes dans notre culture ne sont-elles pas troublées par une illusion, voire une série d'illusions érotiques ? » (S. Freud, 1927, op. cit. p 175).

Ce serait alors l'articulation entre genre et sexuel qu'il s'agirait de reprendre pour poursuivre le dessein de *Kulturarbeit* de S. Freud...

Si on définit le *Kulturarbeit* à partir de la répression et du « domptage pulsionnel » (S. Freud, 1937) par le truchement de la mise en place du refoulement –lui-même prenant origine dans la traduction des messages énigmatiques d'assignation-, alors il s'avère que d'une part l'adulte maternant participe bien au *Kulturarbeit* et que le travail maternel aille bien en ce sens.

En 1908, S. Freud avait déjà relevé la nécessité et les dommages apportés par la contrainte au *Kulturarbeit* :

« D'une façon très générale, notre civilisation est construite sur la répression des pulsions. Chaque individu a cédé un morceau de sa propriété, de son pouvoir souverain, des tendances agressives et vindicatives de sa personnalité ; c'est de ces apports que provient la propriété culturelle commune en biens matériels et en biens idéels. En dehors de l'urgence de la vie, ce sont bien les sentiments familiaux, découlant de l'érotisme, qui ont poussé isolément les individus à ce renoncement. Ce renoncement s'est fait progressivement au cours du développement ». (S. Freud, 1908 b, p33)

C'est le statut accordé à la répression pulsionnelle dans le processus civilisationnel que S. Freud reprend en 1927 puis en 1929.

L'adulte maternant, en transmettant les messages d'assignation sociale, en conférant par ce biais une place et des rôles à l'enfant dans l'économie des rapports sociaux, en lui transmettant les moyens de la répression et du domptage pulsionnel participe ainsi à la production d'un membre de la société. Le travail maternel aura pour objectif de rendre à

l'enfant possible le « domptage pulsionnel » –même si toujours imparfait – et nécessaire à la stabilisation des rapports des hommes entre eux, condition sine qua non à une organisation en société.

« La mère doit faire face à la forte pulsionnalité de son enfant, à sa séduction régressive, et par les modes de contrôle qu'elle propose, lui permettre de transformer l'excitation incontrôlée en pulsions potentiellement capables d'inhibition quant au but » (H. Parat, 2011, op. cit., p 1612)

Si on suit cette idée, le travail maternel consiste à « conjurer la violence » en soi mais aussi transmettre cette aptitude à un autre qui sera ultérieurement en charge de pérenniser et de faire vivre le processus. On comprend alors rapidement que la domination est une contrepartie inévitable de la mise en place et de la vie de la Kultur. Cela ne signifie pas que les lignes sur lesquelles elle s'inscrit ne soient pas destinées à être déplacées mais que vouloir la faire disparaître ne serait que pure illusion alors dommageable à la Kultur elle-même (S. Freud, 1927, op. cit.).

L'adulte maternant est en charge de produire un citoyen, un membre de la société qui participera au travail de Kultur et pour cela, il doit lui transmettre une aptitude à « conjurer la violence » ainsi que des messages d'assignation éthique désignant l'autre comme un semblable. Le travail maternel est structuré autour d'une activité déontique normative concernant la vie humaine dans le sens où il s'agit de définir et transmettre des normes en matière de vie humaine et de morale.

Réprimer la violence n'est pas synonyme de vivre ensemble mais l'endiguement de la violence en est la condition sine qua non (C. Dejours, 2009). Il faut y adjoindre d'autres processus. Cela implique de se fixer des règles et des interdits, de les faire respecter mais cela ne suffit pas non plus pour former une communauté humaine. Le travail maternel, expérience fondatrice de la conjuration de la violence en soi (notamment au travers de la régulation de l'ambivalence) et avec les autres est l'un des maillons permettant de comprendre comment naît le lien social. Il ne dépend pas d'une nature ou encore d'un schème comportemental inné mais bien du travail complexe et vivant réalisé par l'individu lui-même.

Toutefois, si après ces développements, nous avons une idée plus précise de ce qui définit et caractérise le travail maternel, il faut aussi en examiner l'envers et analyser les incidences de l'achoppement de ce travail maternel.

Le travail maternel ne se transmet pas de manière simple et sur arrière plan d'« évidences non questionnées » (S. Laugier, P. Molinier et P. Paperman, 2009) mais à partir justement d'un traitement de ces messages. Il ne s'agit pas non plus de développer des « compétences éthiques » (M. Nussbaum, 1990) mais de provoquer un traitement des questions éthiques chez l'enfant.

C'est par l'assignation que le sujet maternant ouvre une place habitable dans la communauté humaine et une société donnée – même si contrainte – à celui qui vient au monde. Il ne s'agit pas là de la socialisation encore mais de son en-deçà ; la reconnaissance de son existence individuelle et de son appartenance à la communauté humaine. Il s'agit de son introduction dans le registre symbolique.

V) Les achoppements du travail maternel.

De manière complémentaire à la clinique du travail des familles d'accueil en psychiatrie adulte montrant les effets positifs et organisateurs de l'engagement subjectif d'un autre en charge de soins maternant, on peut mobiliser une autre clinique, « hors les murs » nous dirait J. Laplanche, un texte littéraire que j'ai lu grâce au travail d'une théoricienne féministe, J. Messer (2013) : *We need to talk about Kevin* écrit par Lionel Shriver (2003).

« Ce livre porte autant sur l'expérience maternelle, que sur la nation et le capitalisme: intelligente, réfléchie, Eva est consciente dès la première pensée d'avoir un enfant, que c'est la le rôle maternel que de civiliser et de socialiser l'enfant, en faire un parfait citoyen rentable, et à lui inculquer des valeurs culturelles et sociales appropriées. Les soins maternels incluent la socialisation de l'enfant, ce qui l'intègre dans la société et dans sa communauté. Eva est jugée par ses pairs pour n'avoir pas réussi à le faire. Sa communauté locale montre son jugement en la fuyant et endommageant sa propriété, tandis que devant les tribunaux civils, les juges de l'Etat la dépeignent comme une mère négligente. » (J. Messer, 2013, p 17)¹⁶³.

Ce roman nous livre un matériel clinique rendant compte de l'achoppement du travail maternel. Le lecteur suit au fil de l'écriture d'Eva, le récit de sa souffrance liée à l'impossibilité pour elle d'incarner une « bonne mère » pour Kévin, son premier né. Eva, dès la naissance, ne ressent pas ce qu'elle est sensée ressentir. Et ce décalage entre le prescrit et le

¹⁶³ L'article de J. Messer n'a pas été traduit. Toutes les citations sont de ma propre traduction.

réel, elle ne peut pas le partager et le travailler avec d'autre, en premier lieu le père de Kévin, Franklin.

Dans ce roman de forme épistolaire, le narrateur, Eva (la mère de Kevin) écrit à son mari, Franklin et lui fait part de ses pensées et sentiments liés à la maternité et surtout liés au travail maternel. Le lecteur, ne sait pas que Franklin est mort assassiné – ainsi que leur fille de 6 ans - par leur fils Kevin, la veille de ses 16 ans. Le récit de ce travail maternel débute bien avant la naissance de Kévin et ne se termine pas sur l'acte commis par Kévin. Le même jour, Kévin a assassiné neuf camarades de classe – choisis en raison de leur amour pour la vie - chacun d'eux avaient une passion – , une professeure (à vrai dire la seule lui ayant témoigné un intérêt authentique) et un agent de l'établissement scolaire. En dehors de ce dernier, tous ont été invités nominativement à se rendre dans un gymnase où Kévin, après les avoir enfermés grâce à des cadenas anti-vol de vélo commandés quelques jours avant sur internet – les a exécutés avec l'arc que lui avait offert son père¹⁶⁴. Kévin n'a pas tué de manière désordonnée ni aveugle. Il a prémédité son geste. Avant qu'il ne tue son père (qu'il méprisait en fait au plus haut point), après avoir fait subir à sa petite sœur toutes sortes de violences et humiliations témoignant d'un haut niveau de cruauté (sans jamais en être inquiété sauf par Eva qui ne pouvait accuser qu'une fin de non-recevoir par Franklin), Kévin ne donnait rien à voir d'inquiétant pour personne.

Les lettres s'étalent sur environ 6 mois, à distance des événements. Kévin approche alors des 18 ans. Il est incarcéré et va être libéré. En écrivant à Franklin, c'est à la communauté « bien pensante » qu'elle s'adresse. Non pas pour se justifier mais pour parvenir, d'une part à faire entendre son point de vue (ce qu'elle ne parvenait pas à faire du vivant de Franklin) et d'autre part pour saisir quelque chose de son expérience de travail maternel, pour le coup sévèrement mis à l'épreuve par le réel, l'enfant réel.

« Voici tout ce que je sais. Que le 11 avril 1983, un fils m'est né et que je n'ai rien ressenti. Une fois de plus, la vérité dépasse toujours ce que nous en faisons. En même temps que ce nourrisson se tortillait sur mon sein qu'il repoussait avec un total dégoût, je l'ai rejeté en retour- il faisait peut-être un quinzième de ma taille, mais à l'époque j'ai trouvé cela équitable. Depuis cet instant, nous nous sommes combattus avec une férocité sans faille que je pourrais presque admirer. Mais il doit être possible de conquérir la dévotion en poussant un

¹⁶⁴ L'arc non plus n'est pas choisi au hasard. Il fait référence à l'histoire de Robin des Bois – le voleur qui prend aux riches pour redistribuer aux pauvres -, seule histoire racontée par sa mère et appréciée par Kévin. Cette histoire racontée fut le seul moment de rapprochement tendre entre la mère et le fils, mais par l'exclusion du père. Kévin était alors malade. Il s'était rapproché de sa mère à cette seule occasion et avait rejeté son père. Quelques jours plus tard, il lui avait alors offert un arc et appris à tirer sur cible inerte. Kévin développa cette seule source d'investissement et devint très tôt un excellent tireur.

antagonisme jusque dans ses limites, de rapprocher les gens par l'acte même de les tenir à distance. Parce que, après dix huit ans moins trois jours, je peux finalement annoncer que je suis trop épuisée, et confuse, et seule, pour continuer de lutter, et que serait-ce par désespoir, voire par paresse, j'aime mon fils. Il lui reste cinq années difficile à passer dans un pénitencier pour adultes et je ne peux pas répondre de ce qui sortira de l'autre côté. Mais entre temps, il y a une seconde chambre dans mon appartement doté des commodités. Le couvre-lit est uni. Un exemplaire de Robin des Bois est rangé sur l'étagère. Et les draps sont propres. » (L. Shriver, 2003, p 607, dernières lignes du livre)

Ce que donne à lire et à penser L. Shriver, selon J. Messer, c'est la souffrance dans le travail maternel. J. Messer la relie à la charge générée par le travail émotionnel chez Eva. Je pense qu'on peut aller plus loin en pensant les achoppements du travail (intra)psychique de la mère et l'organisation sociale du travail maternel. Eva est seule pour faire face à cet enfant se refusant et mettant à l'épreuve constamment l'attachement maternel.

Eva ne parvient pas à faire de sa souffrance individuelle dans le travail de mère une ressource pour un combat parce qu'elle ne se collectivise pas. Elle ne se rapproche pas d'autres mères et reste seule. Elle reste dans une position de « paria ». Sa « pensée maternelle », pour reprendre les termes de S. Ruddick déjà citée, ne se politise pas ou plutôt ne débouche pas une action politique l'amenant à prendre une posture de résistance face aux injonctions et prescriptions sociales entourant la maternité et dans lesquelles elle refuse de se reconnaître. Jusqu'au « Jeudi »¹⁶⁵, elle tente de mettre en œuvre les prescriptions sociales liées à la maternité portées par le discours social et culturel américain de la fin des années 80 (néolibéralisme et néoconservatisme et incarné par Franklin. D'une certaine manière, Eva parvient à incarner l'idéal néo libéral du *Selfmade (wo)man*, l'idéologie du sujet entrepreneur de lui-même car cela reste cohérent avec son histoire familiale et personnelle (elle est fille d'immigrés arméniens qui ont survécu, par l'exil vers la terre de la Liberté, les U.S.A.) mais elle ne parvient pas à concilier cela avec le néo-conservatisme incarné par Franklin. Pour lui, le maternage n'est pas une pratique socialement construite et prescrite mais la continuité d'un destin biologique liant féminité et maternité. Elle essaie de faire ce travail émotionnel/affectif coûteux mais sans y parvenir.

« Je sais que tu ne me crois pas vraiment à ce sujet mais j'ai fait de gros efforts pour établir un lien passionnel avec mon fils. Sauf que je n'avais jamais vécu mes sentiments pour toi, par exemple, comme un

¹⁶⁵ Le jour des crimes est toujours désigné par le jour de la semaine « érigé en date » unique.

exercice que je devais répéter telles des gammes au piano. Plus je faisais d'efforts, plus je prenais conscience que ces efforts en tant que tels étaient une abomination. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 140)

« En apparence j'étais horrifiée. Mais le cœur de cet instant n'était que félicité. En projetant notre petit garçon n'importe où, mais le plus loin possible, comme Violetta¹⁶⁶ j'avais inconsciemment cédé à l'envie de gratter une démangeaison chronique, torturante. Avant que tu me condamnes sans appel, je te prie de comprendre les gros efforts que j'ai faits pour essayer d'être une bonne mère. Mais la distance entre essayer d'être et être peut être aussi grande qu'entre tenter de s'amuser et s'amuser vraiment. Ayant perdu toute éventuelle confiance en les réactions spontanées dès l'instant où mon petit garçon a été déposé sur mon sein, j'ai observé avec ferveur un régime d'environ trois câlins par jour, au moins deux protestations d'admiration pour ce qu'il faisait ou disait, plus la litanie des « je t'adore, bonhomme » (...) sauf que trop rigoureusement observés, la plupart des sacrements se vident de leur substance. De plus pendant six longues années, j'ai tourné sept fois ma langue dans ma bouche avant chaque phrase que je prononçais, juste pour être sûre de ne rien proférer d'obscène, de scandaleux ou de contraire à la politique de la maison. Une vigilance qui avait un prix. Je suis devenue distante, hésitante, empruntée ». (L. Shriver, 2003, op. cit., p 302-303)

Eva n'est ni reconnue ni soutenue dans sa souffrance ni dans les efforts qu'elle déploie pour répondre aux prescriptions sociales, condamnée par son mari et par le socius pour ne pas parvenir à s'attacher et à ressentir des affects « d'amour » pour son enfant. Dans le discours social, les actes odieux et la cruauté de Kévin restent référés à cette figure de mère monstrueuse, froide et égoïste.

Le nouveau-né Kévin n'est pas perçu par Eva comme un être vulnérable, à protéger. Kévin ne répond pas aux catégories « normales » de l'Enfant-à-protéger et dont il faut prendre soin. Kévin n'incarne pas l'enfance, telle qu'elle est décrite et prescrite socialement. Elle ne parvient pas à se sentir maternante vis-à-vis de lui. Elle est dans l'hypervigilance permanente. Impossible pour elle d'accéder à une quelconque ambivalence à l'égard de son fils, perçu comme haineux et persécutant.

« Malgré mon espoir de voir mon ambivalence s'estomper, la sensation conflictuelle n'a fait que devenir plus aigüe, donc plus secrète. Je devrais enfin être sincère. Je crois que l'ambivalence n'a pas disparu parce qu'elle n'était pas ce qu'elle semblait être. Il n'est pas vrai que j'étais « ambivalente » au sujet de la maternité. Tu avais envie d'avoir un enfant. En face, je n'en voulais pas. Les deux pris ensemble, cela ressemblait à une ambivalence, mais pour être un couple exceptionnel, nous n'étions pas la même personne. Je n'ai jamais réussi à te faire aimer les aubergines. ». (L. Shriver, 2003, op. cit., p 91)

¹⁶⁶ Violetta est une petite fille scolarisée en primaire avec Kévin. Elle est atteinte d'un eczéma envahissant et a pour consigne de ne surtout jamais gratter les plaies. Elle y parvient jusqu'à un jour où elle est retrouvée dans les toilettes en présence de Kévin et doit être hospitalisée, du fait de s'être entièrement gratté le corps.

Antipathique, non affectueux, témoignant d'un mépris pour la vie, Kévin ne participe pas à la création et au maintien de la relation d'attachement. Franklin non plus, en renforçant la souffrance ressentie par Eva de ne pas parvenir à réaliser les prescriptions sociales de la maternité (proximité et don, voir renoncement à soi).

« J'étais coupable d'incompétence émotionnelle » (L. Shriver, 2003, op. cit, p140)

« Kévin traduisait systématiquement le trouble en mépris (...) Je m'attendais à nettoyer du vomi. A faire des gâteaux de Noël. Je ne pouvais pas m'attendre à... le regard de Kévin m'a défiée. Je ne pouvais pas m'attendre à ce que simplement m'attacher à toi... j'ai cherché la formulation la plus diplomatique possible : ... représente un tel travail. Je croyais... j'ai respiré un grand coup. ... je croyais que cette partie était cadeau. Cadeau ! a-t-il moqué. Se réveiller chaque matin n'est pas un cadeau. » (L. Shriver, 2003, op. cit., p 93)

« Pour moi il n'a jamais été « le bébé ». Il était un individu singulier particulièrement rusé, qui est arrivé pour vivre avec nous, et qui se trouvait être très petit. (...) en ce qui me concerne, c'est ce pacte d'envergure avec des enfants virtuels que j'ai peut-être omis de passer, et auquel j'ai été incapable de recourir quand Kévin a finalement mis à l'épreuve mes liens maternels en les poussant dans leurs limites parfaitement mathématiques, ce JEUDI-là. Je ne vote pas pour des partis mais pour des candidats. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 140)

Eva, contrairement à Franklin, a été contrainte de s'intéresser au Kévin réel et pas seulement à l'enfant générique, ce qui a causé chez elle de la souffrance devenue souffrance pathogène faute de pouvoir s'appuyer sur un collectif pour élaborer des stratégies collectives. Cela lui a permis de garder une relation authentique avec son fils, même si elle est organisée dans et autour de la violence. Pour être resté sous le règne de l'illusion et de l'interdit de penser, Franklin, lui n'a eu droit qu'au mépris, comme tous les autres. Elle dira même que c'est par la mise en acte de la violence envers son fils que tous deux sont parvenus vraiment à se rencontrer, à avoir un contact et qu'elle a pu réduire la dissonance émotionnelle dans laquelle elle était enfermée.

Ce que nous propose L. Shriver, c'est un certain discours sur le Mal non pas dans une perspective essentialiste mais pragmatique: le mal ici ne s'incarne pas dans la figure de l'enfant diabolique ou possédé (ce serait faire une lecture bien rapide du roman !) ni même dans celle de la mère maltraitante et « mauvaise » mais plutôt dans les achoppements du

travail maternel, consistant à « conjurer la violence » et à rendre le petit homme « moins hostile à la culture » nous aurait dit S. Freud (1927).

Pour P. Ricoeur, le mal représente un « défi » pour la pensée. Penser le mal n'est pas une démarche aisée pour les philosophes car elle doit résister à deux écueil : le justifier (comme on peut le lire d'une certaine manière chez Leibniz ou Platon) et permettre de le contourner, éviter de s'y confronter de manière directe¹⁶⁷. Toutefois, ces discours représentant une forme de rationalisation du mal laissent de côté la question de la souffrance physique et celle du mal subi.

Après F. Dostoïevski et W. Shakespeare, L. Shriver s'inscrit dans cette littérature traitant du Mal en intégrant la dimension de la compassion et du ressenti du Mal.

« Les 5 jours au Beth Israël, sous perfusion d'antibiotiques, ont été pénibles, mais j'en arrivais à chérir la douleur physique parce que c'était une forme de souffrance que je comprenais, par opposition au désespoir déroutant de la maternité. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 154)

« Je désirais que notre fils ait une petite anomalie ou une imperfection capables d'éveiller ma sympathie. (...) Je désirais éprouver au moins de la compassion pour Kévin, ce qui me semblait être un début. » (L. Shriver, 2003, op. cit., p 179)

Ce qui serait à la source du Mal, ce serait la possibilité chez l'homme du non engagement et de l'indifférence affective¹⁶⁸ ou encore le dégoût de l'existence.

« On ne peut pas atteindre quelqu'un que s'il possède une conscience. On ne peut punir quelqu'un que s'il a des espoirs que l'on peut contrarier, ou des attachements que l'on peut rompre ; quelqu'un qui se soucie de ce que l'on pense de lui. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 222)

Ce qu'incarne Kévin, c'est la radicalité du mépris envers la vie, incarnée par autrui. Ce que Kévin veut éliminer, c'est la vie que lui-même ne ressent pas en lui. Il est antipathique mais en apparence irréprochable, ce qui rend toute prévention d'un passage à l'acte meurtrier de cette sorte, illusoire. Il témoigne d'une possible absence de curiosité et d'empathie chez un sujet humain.

¹⁶⁷Dans ce cadre, les discours de prévention [de la délinquance, par exemple] s'inscrivent pour Claire Crignon (*Le Mal*, Paris, Garnier Flammarion, 2000) sont une forme de discours sur le Mal

¹⁶⁸ Ce qu'aborde d'une autre manière le *Bartleby* de Melville

A propos de son travail scolaire, « Ma conclusion a été que Kévin était enclin à endormir ses professeurs, moins par entrain de gentil garçon de bonne famille avec lequel il saluait ton retour du travail que par une troublante absence d'affect. Les devoirs de Kévin suivent toujours la consigne à la lettre, excessivement ; il n'ajoute rien, et lorsqu'ils obtiennent une note passable, c'est en général parce qu'ils sont trop courts. Ils ne comportent jamais d'erreurs. Ils sont factuellement corrects. L'orthographe est bonne. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 360-361)

Ce qui est scandaleux là dedans c'est de considérer que ce mépris à l'égard du vivant, n'est pas l'apanage de l'adulte mais de l'humain en général.

«Bien que je sache qu'ils ne cherchaient pas à saper ma défense, ce témoignage de tes parents sur ma fatale visite à Gloucester¹⁶⁹ a été désastreux : on n'aime pas les mères qui « n'aiment pas » leur propre fils. Je n'aime pas trop ce genre de mère non plus. J'avais brisé la plus primitive des règles, profané le plus sacré des liens » (L. Shriver, 2003, op. cit, p605)

La compassion, la pitié et le sentiment de responsabilité à l'égard d'autrui ne sont donc pas innés, ni automatiquement créés dans la situation de proximité ou de dépendance. Le face à face (E. Lévinas) seul, n'engage ni la responsabilité ni la sensibilité à l'égard de la souffrance d'autrui ni la compassion. Elle est le fruit d'un travail psychique dépendant de conditions sociales : J. Messer relevait ainsi le traitement psychique des prescriptions sociales et le rôle des représentations sociales des catégories du maternel et de l'enfant.

Le roman pose donc la question du mal non comme catégorie morale ou de pensée mais comme catégorie de l'agir, comme relevant avant tout de la sphère pratique. Comme « ce contre quoi on lutte quand on a renoncé à l'expliquer » (P. Ricoeur, 1988) ou comme « ce qui ne doit pas être et que l'action doit combattre » (P. Ricoeur, 1978).

Kévin n'est pas le rejeton monstrueux d'une mère psychologiquement déséquilibrée ou aux traits psychopathologiques spécifiques. L. Shriver récuse toute explication psychopathologique univoque rendant compte du comportement de Kévin tout comme le fait pour construire le personnage d'Eva. Ce qui laisse le plus dans l'effroi, c'est sans doute l'absence de coupable et de sentiment de culpabilité mais aussi la possibilité laissée au lecteur de pouvoir s'identifier à Kévin et/ou à Eva. Eva n'est pas une mère froide, distante et

¹⁶⁹ Dans le roman, Gloucester est la ville natale de Franklin, où habite encore les grands parents paternels de Kévin. Gloucester, c'est aussi le nom du comte Richard III dans la pièce de W. Shakespeare...

maltraitante mais une mère en souffrance de ne pas pouvoir faire ce qui serait attendu d'elle. Sa deuxième expérience de maternité n'a d'ailleurs rien à voir avec la première. Elle est empreinte d'amour, d'attachement et de tendresse. Kévin n'est pas non plus le « résultat » d'une « relation d'attachement » qui aurait mal tourné en raison des caractéristiques psychiques de sa mère.

« Je n'avais assurément aucun intérêt pour une explication qui aurait réduit l'ineffable énormité de ce qu'il avait à un aphorisme sociologique convenu sur « l'aliénation » tout droit sorti du Time, ni une construction psychologique à deux balles du genre « désordre de l'attachement » comme celles que vendent en permanence ses éducateurs à Claverack. » (L. Shriver, 2003, op. cit., p602)

L. Shriver repose des questions classiques en littérature : jusqu'où est-il possible de vouloir le mal ? Peut-on vouloir le mal pour le mal ? W. Shakespeare s'y était déjà confronté : le comte de Gloucester qui devient Richard III fait de sa difformité physique (le mal subi par la nature), la justification du mal qu'il commet. Privé d'un bien qu'il estimait lui être dû, il se pense en droit de se venger et de faire le mal. Si Gloucester s'estime lésé par la nature, Kévin lui s'estime lésé par la culture et la société.

« Eva : à part ces éléments, je ne vois à signaler aucun traumatisme terrible ni privation par lesquels il serait passé. Nous avons une vie agréable en gros

Me Rocco¹⁷⁰ : C'est peut-être cela qui le met en colère. (...) Parce qu'il a déjà tout ce qu'il peut avoir (...) je crois que d'une certaine manière, la vie est très difficile pour les gamins d'aujourd'hui. (...) en ce sens il ne resterait plus rien à faire.

Eva : Sauf tout casser.

Mme Rocco : Oui. Et on observe les mêmes cycles dans l'Histoire. Ce n'est pas seulement les enfants. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p508)

Kévin, en détention : « Ben voilà, c'est comme ça. On se réveille, on regarde la télé, on monte en voiture, on écoute la radio. On va à son petit boulot, ou dans sa petite école, mais de cela on n'en entendra pas parler aux infos de 6h vu que, devinez : il ne se passe rien en vérité. On lit le journal, et si on est pas trop dans ce genre de truc, on lit un livre, ce qui est exactement la même chose que de regarder la télé, mais en encore plus rasoir. On passe la nuit devant la télé (...). Tous ce gens, Marlin [le journaliste]... ils regardent quoi ? (...) des gens comme moi. » (L. Shriver, 2003, op. cit, pp 558-539)

¹⁷⁰ Mme Rocco est la seule à se poser des questions concernant Kévin parmi ses professeurs. Elle fait partie de ceux que Kévin a tués dans le gymnase quelques temps plus tard. Elle s'interroge sur l'impression qu'il lui donne d'être toujours en colère et sans passion particulière, étrange et bizarre au moment de l'adolescence.

Gloucester, avant de devenir Richard III, revendique le droit d'être une exception (S. Freud, 1916), Kévin lui revendique d'avoir une histoire et appartenir à une histoire, d'être non pas une exception mais le « meilleur » parmi une catégorie d'adolescents de son âge - les meurtriers adolescents de masse aux Etats-Unis (le livre relate beaucoup de ces événements).

« Franklin : on n'appréhende pas vraiment la réalité de la mort quand on a 11 ans. (...) on ne conçoit pas vraiment l'existence de l'autre -l'autre qui souffre ; qui est, simplement. Et on ne perçoit pas non plus sa propre vie d'adulte comme un avenir réel. Ce qui facilite les choses pour la bousiller.

Kévin : peut-être que son avenir est une réalité pour lui. (...) peut-être que c'est justement le problème.

Franklin : je t'en prie Kev (...) Tous les gamins impliqués dans ces fusillades sont issus des classes moyennes, ils ne sortent pas du caniveau. Ces garçons avaient devant eux une vie avec un crédit, une voiture, un boulot à responsabilité, et des vacances annuelles à Bali ou ailleurs.

Kévin : Ben oui (...), c'est ce que je disais. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 476)

Interviewé par un journaliste : « Le mot Columbine a fait passer une ombre sur le visage de Kévin. « je tiens à dire officiellement que ces deux débiles n'étaient pas des pros. (...) Rien dans ce cirque ne s'est déroulé comme prévu. C'est un échec à 100%, du début à la fin. Pas étonnant que ces deux misérables crétins se soient flingués – ce que j'ai trouvé très dégonflé. Affronter la punition fait partie du truc. »

Et plus loin, à propos du seul rescapé qui veut vendre les droits de l'histoire à l'industrie du cinéma : « ils sont en train de voler mon histoire et mon histoire a représenté un gros travail. Je ne pense pas qu'il soit légal de la piquer gratis. (...) Mon histoire est à peu près tout ce que je possède en mon nom, aujourd'hui, et c'est pour cela que je me sens grugé. Mais une histoire, c'est beaucoup plus que ce qu'ont la plupart des gens. (...) C'est tout ce que vous avez envie d'avoir, tous, c'est pour cela que vous me pompez. » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 540-542)

Il se venge moins de la société, de sa mère, ou de son père qu'il ne revendique une histoire qui ne serait pas liée à celle de ses parents. Une forme d'autocréation, non pas par le travail (comme sa mère, entrepreneur d'elle-même jusqu'à sa naissance: « pendant la première partie de ma vie, j'ai été ma propre création » (L. Shriver, 2003, op. cit., p260). Mais par et dans la violence, dans un acte d'auto-engendrement désaffilié du socius. Eva, elle, est fille de rescapés du génocide arménien, « gravé en [elle] depuis [qu'elle] sait parler ». Elle ne parle pas vraiment de sa culture ni de celle de ses parents, mais met en avant aussi sa désaffiliation culturelle à la fois vis-à-vis de l'Arménie et des Etats-Unis. Elle prend davantage la posture d'un observateur alors que « la vraie culture, on ne l'observe pas, on l'incarne » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 425) et

conclue « je vis ici et je n'allais pas tarder à découvrir, au prix fort, qu'il n'y a pas d'échappatoire » (L. Shriver, 2003, op. cit, p 470).

La violence telle qu'elle est traitée ici représente la voie par lequel s'incarne l'imbrication de l'histoire collective (l'histoire de l'Amérique, le génocide arménien) et de l'histoire individuelle (l'histoire familiale). Dans cette désaffiliation culturelle, Eva conserve toutefois une histoire, contrairement à Kévin (c'est ce qu'il revendique, son histoire propre).

Les messages transmis à Kévin, par sa mère¹⁷¹ ne se constituent pas comme énigme. S'ils restaient en partie intraduits – en tout cas c'est une hypothèse que l'on pourrait retenir – pour Eva, ils ne se constituent pas comme messages à traduire pour Kévin.

« Ce qui a motivé le mépris de Kévin n'était pas, comme j'avais semblé l'insinuer, notre incapacité à le protéger du Grand Méchant Monde. Non, c'est le contenu de nos tabous, qui était en cause, et pas leur inefficacité. Le sexe ?oh, il a pratiqué, quand il s'est aperçu que j'en avais peur, ou que j'avais peur du sexe chez lui, mais sinon ? c'était raser. (...) Le secret, c'est qu'il n'y a pas de secret. En fait dans son collège, le fait de baiser était si répandu, et si quotidien, que je doute qu'il ait été attiré. (...) quant à la violence le secret est encore plus nul. Tu te souviens, un jour, nous avons laissé tomber les histoires de classement pour voir quelques films dignes de ce nom, et nous avons regardé une vidéo de Braveheart en famille, si j'ose dire. Dans une scène de torture finale, Mel Gibson est écartelé sur une roue, les quatre membres attachés aux quatre coins du cadran. Chaque fois que ses ravisseurs anglais tendaient davantage la corde, le chanvre gémissait, et moi avec. (...) Mais quand j'ai jeté un coup d'œil en direction de Kévin, sous mon bras replié, j'ai vu qu'il regardé l'écran d'un air blasé. Le demi-riktus maussade de sa bouche était son expression normale au repos. (...) les dépeçages cinématographiques ne sont insoutenables que si, dans une certaine mesure, on croit que les tortures nous sont infligées à nous. (...) Sauf que Kévin avait percé le secret : non seulement ce n'était pas « pour de vrai », mais surtout ce n'était pas lui. Au fil des années, j'ai observé Kévin en train de regarder des décapitations, des éviscérations, des écartèlements, des flagellations, des empalements, des énucléations, des crucifixions, et je ne l'ai jamais vu sourciller. Parce qu'il maîtrisait le truc. Si l'on refuse l'identification, voir quelqu'un se faire tailler en pièces n'est pas plus troublant que de regarder sa mère préparer un bœuf Stroganoff. (...) concrètement la violence relève d'une géométrie rudimentaire, et elle obéit aux lois de la grammaire, à la manière d'une définition scolaire de la préposition, la violence est tout ce qu'un avion peut faire à un nuage. Notre fils avait une maîtrise, tant de la grammaire que de la géométrie, supérieure à la moyenne. » (L. Shriver, 2003, op. cit, pp 227-228)

« La dernière chose à laquelle nous sommes prêts à renoncer est que le fruit défendu dans lequel nous mordons tous depuis que nous avons tous atteint l'âge magique de 21 ans est la même pomme charnue que celle

¹⁷¹ Notons le choix d'incarner Eva par Tilda Swinton, actrice bien connue pour son allure androgyne.

que nous glissons dans le cartable de nos enfants. La dernière chose que nous sommes prêts à reconnaître, c'est que les querelles de cour de récré sont la parfaite préfiguration des machinations de conseils d'administration, que nos hiérarchies sociales ne sont qu'une extension du rang dans lequel on est choisi pour une partie de ballon prisonnier, et que les adultes se divisent encore en tyrans, gros tas et trouillards. Que peut découvrir un gamin ? A tout coup, nous leur servons sur un plateau une exceptionnelle compétence sexuelle, mais cette présomption vole si vite en éclats à l'épreuve de la réalité qu'elle doit résulter d'une conspiration d'amnésie collective. (...) La vérité est que nous sommes des versions plus grandes de la même engeance qui mange, chi et fornique, tenant mordicus à dissimuler à quelqu'un, serait-ce un môme de 3 ans, que nous ne faisons pratiquement que manger, chier et forniquer. Le secret est qu'il n'y a pas de secret. (...) Kévin a dû se sentir sacrément floué. Quant à ce JEUDI ? Je parie qu'il s'est senti encore plus floué. » (L. Shriver, 2003, op. cit., p 230)

Kévin incarne différentes figures du Mal :

- celle s'illustrant par l'indifférence à l'humanité (ce qui ne signifie pas pour autant de ne pas tirer de plaisir à la souffrance infligée...)
- celle de la cruauté mais aussi celle de la haine. Si Kévin est cruel envers sa sœur, il est haineux envers sa mère.
- mais aussi celle du Mal subi : Kévin est un enfant non désiré et perçu uniquement comme une contrainte. Il n'est pas non plus vu dans sa singularité par son père et peut faire l'objet de moqueries et de mépris par les autres adolescents, voir de violences, y compris de la part de sa mère.
- au travers de la relation d'emprise mise en place avec sa mère. Alors qu'il est en âge d'être scolarisée, Kévin refuse la propreté (sans qu'un trouble fonctionnel ou neurologique puisse expliquer cela), obligeant sa mère à quitter son travail pour venir changer ses couches à l'école, les institutrices refusant de le faire. C'est d'ailleurs à l'occasion d'un change comme cela qu'Eva, sortie de ses gonds, jette Kévin contre le mur et lui casse le bras.

Ce qui ne peut pas se mettre en place du côté maternel, dès le début, c'est l'ambivalence à l'égard de Kévin. Sans cette ambivalence, il semblerait qu'il n'y ait pas de « travail psychique » d'engagé. Kévin de fait pas énigme pour sa mère. La relation à l'enfant n'est vécue que sur le mode de la souffrance, de la persécution et de la violence qui ne semblent s'intriquer aux motions pulsionnelles érotiques que par le truchement du passage à l'acte violent restant une forme d'engagement du corps dans la relation à cet enfant. Le moment où Eva jette son fils contre le mur est décrit par elle comme l'un des seuls moments authentique de rapprochement maternel avec la scène où Kévin, malade, rejette son père et se rapproche

de sa mère. Il faut l'atteinte réelle du corps marquant l'asymétrie radicale fondatrice de la relation maternante, la douleur et la culpabilité – en somme la souffrance à des niveaux différents mais des deux côtés – pour que l'un et l'autre engagent une relation plus ambivalente et donc affectivement plus nuancée envers l'objet.

Pour des raisons tenant à sa propre histoire mais aussi – et c'est là un grand intérêt du livre de L. Shriver – tenant à l'organisation de la société, aux assignations véhiculées dans les familles (dans leurs contenus ainsi que dans le mode par lequel elles sont véhiculées) et aux obstacles opposés à la traduction de ces messages, Eva ne peut pas transmettre à son fils l'amour de la vie en soi, les valeurs de respect et la considération de la dimension inaliénable de l'autre.

Le renoncement à la satisfaction sexuelle de la pulsion nécessaire aux soins à prodiguer n'a pas pu faire l'objet de dédommagement suffisant lui permettant d'investir ces tâches. Eva ne peut pas développer d'habiletés concourant à l'épanouissement personnel – dans le champ du maternage-, premier niveau de la sublimation selon C. Dejours (2014 a.). Seul le travail dans le champ social lui permet un temps d'être dans ce processus d'épanouissement de soi, d'accroissement moïque... le temps que l'arrivée de cet enfant lui retire la possibilité de concilier les deux scènes, privées et publiques.

Ce que Kévin lui retire, c'est toute voie possible de vivre... sans lui, en dehors de lui.¹⁷²

Dans cette relation faite de violence réciproque et de non ambivalence, aucun contre-investissement pulsionnel n'est possible, barrant la possibilité à Eva de s'engager subjectivement dans la relation à l'enfant. Elle ne peut s'engager que de manière contrainte et forcée. En place d'un engagement subjectif généré par la séduction se trouve un engagement subjectif par la force. De ce non-engagement subjectif authentique ne peut émerger qu'un registre affectif troublé, voir empêché du côté de l'enfant alors peu enclin à développer une quelconque aptitude à la pitié et à la culture.

« Le narcissisme, introduit dans la psychanalyse en 1914 et son étrange destin dans la théorie, pendant et après le grand tourbillon » de 1914-1918, va déplacer la question de la cruauté. Notion-limite entre l'auto-conservation et le sexuel, elle devient une notion limite entre les pulsions du moi et la toute-puissance narcissique. L'enfant cruel est aussi un enfant égoïste, selon Freud. C'est la rivalité qui éveille cet égoïsme, une

¹⁷² Si Eva vit de vraies satisfactions dans le maternage de son second enfant, il n'en reste pas moins juste que ce second enfant a changé son rapport à Kévin.

rivalité non pas œdipienne mais suscitée par la concurrence avec l'autre enfant de la fratrie, le pair. Cette rivalité rend l'enfant amoral, « mauvais » (Freud insiste sur les guillemets, pour éviter tout jugement de valeur), avant que la moralité ne renverse cette tendance à l'égoïsme en pulsions altruistes, sociales. Le but des pulsions ou tendances égoïstes et de maîtriser l'autre, étranger et hostile, qui vient déloger le moi d'un amour imprenable. Elles viseraient à conserver au Moi sa prééminence, voir à éliminer le rival afin de se conserver comme unique objet d'amour. (...) On le voit : l'ajointement fragile de la cruauté à la sexualité, une sexualité toujours susceptible de décomposition pulsionnelle si le refoulement, l'éducation et peut-être l'amour n'effectuent pas leur travail culturel, va se transformer avec le narcissisme introduit en 1914 et ses destins compliqués. Face au dommage narcissique, quand l'indifférence ne suffit pas plus que la toute puissance à lutter contre le déplaisir causé par des « objets » du monde extérieur, qu'ils aient refusé la satisfaction sexuelle ou la satisfaction des besoins de conservation, la haine prendrait le relais de la cruauté. En ce sens, la cruauté, remaniée par le narcissisme, ne serait plus une variante (corporelle) du sadisme mais désignerait un en-deça de la haine. La haine capable de se lier à l'amour même si elle est plus ancienne que lui (mais moins ancienne que la cruauté dans mon hypothèse), apte à l'ambivalence, conserve l'objet alors que la cruauté est indifférente à son sort : la haine participerait-elle ainsi du travail de culture en peuplant le monde d'objets haïs *et* aimés, alors que la cruauté le ruinerait, en vidant le monde de ses objets hostiles. » (F. Neau, 2014, pp 19-21)

C'est de la possibilité pour le sujet maternant d'accéder à l'ambivalence vis-à-vis de l'être dépendant (plus que son prétendu amour sans borne et évident) que dépendrait la possibilité d'une mise en œuvre (ou non) du travail maternel. Si bien que le seul destin possible à l'achoppement de ce dernier serait le règne de l'emprise, empêchant toute possibilité de dégager un espace suffisant d'autonomie subjective pour l'un comme pour l'autre.

La violence n'est ni l'opposée ni un au-delà de la Kultur mais entretient avec elle des liens plus ambigus. Elle témoigne sans nul doute de la souffrance conjointe du travail psychique nécessaire mais on ne peut pas soutenir l'idée qu'elle n'aurait absolument pas sa place dans le processus civilisationnel. Ce sont les modes de traitement de la violence qui sont à mettre en question plus que la violence elle-même. Plusieurs auteurs contemporains mettent l'accent sur l'importance des fantasmes sadiques ou agressifs de la mère à l'égard de son enfant. Emprise et violences maternelles (devrait-on ici par contre davantage parler de violences familiales) ont été longtemps des sujets laissés dans l'ombre, rejetés du côté du judiciaire, de l'éducatif ou du moral. Le regard porté sur la prime enfance et la clinique des mauvais traitements a donné naissance à des concepts comme ceux de séduction maternelle, de l'enfant comme objet de décharge pulsionnelle ou encore de transgénérationnel. Haine et actes maltraitants ont souvent été rabattus sur la question du sadisme ou encore à des carences précoces de l'attachement, à l'intensité des attaques fantasmatiques contre l'objet défaillant. Cela relève-t-il du sadisme ? de la cruauté ? Je fais l'hypothèse qu'ils ont à voir avec le travail maternel.

La Kultur n'est pas simplement l'endiguement de la haine mais aussi sa transformation par le truchement de l'ambivalence et du travail psychique que cette dernière rend possible, par la traduction que les messages d'assignation sociale réclament.

Ce que la clinique des accueillants familiaux –voir le cas de Mme E. en chapitre III – ainsi que le livre de L. Shriver nous amènent à penser, c'est que la violence doit s'entendre comme le mode par lequel les impasses de la coopération se phénoménalisent.

De ce point de vue, ce qui représente un extérieur à la Kultur, ce ne serait pas la haine - qui maintient une relation à un objet – mais un en-deça du sexuel, l'a-sexuel (qui n'est pas non plus à confondre avec l'instinctuel). **La violence peut ne pas être étrangère au sexuel quand elle vise notamment à augmenter l'excitation. Mais on ne peut pas non plus dire que toutes les formes de violence puissent être dites « érogènes ». Aux côtés des formes érogènes, il faut supposer l'existence de formes non sexuelles de la violence, non attachées initialement au sexuel. Non intriquée à une composante sexuelle, cette forme de pulsion de ce fait, quand elle est activée, ne déclencherait pas la subjectivation mais bien la désobjectivation, de l'autre et de soi. Activée dans le contact avec l'autre, elle ne pourrait être endiguée que par deux modes : l'évitement phobique de l'autre, reposant sur l'inhibition ou la transformation en pulsion d'emprise, une fois liée secondairement au sexuel, au sens retenu par J. Laplanche et J. B. Pontalis.**

En suivant cette hypothèse, on conçoit plus finement à la fois le rôle thérapeutique rempli par l'accueillant familial mais aussi les risques pris par l'ensemble des protagonistes de la situation. **Si le travail thérapeutique de l'accueillant familial consiste à réunir les conditions nécessaires à une réintrication pulsionnelle alors le risque peut être double : un renforcement de l'inhibition chez le patient ou encore le déchainement de la violence, par recherche d'excitation quand celle-ci ne parvient pas à se faire jour a minima dans le corps du patient.**

VI) Le travail maternel des familles d'accueil thérapeutiques en psychiatrie adulte.

Réduire l'effet thérapeutique de l'A.F.T. à une rencontre médiatisée avec un « maternel » estimé sain est réducteur, simpliste et sans nul doute faux si on se place dans une posture

clinique à la fois rigoureuse et exigeante. Si les patients psychotiques confiés à ces familles d'accueil vont mieux, ce n'est pas parce que ces femmes qui les accueillent au sein de leur foyer viennent remplacer, suppléer une figure ou une représentation maternelle pathologique et mortifère. Elles ne viennent pas incarner une seconde mère, ou tout au moins pas pour tous. Il ne s'agit pas d'une « répétition supervisée » par des soignants dits « professionnels en matière de soin psychique ». On peut aboutir à de telles conclusions si on garde le focus clinique orienté vers le patient et seulement lui. Mais cela laisse entier le mystère : comment l'action de ces accueillants, leur travail peut-il produire des effets sur des patients atteints de schizophrénie chronique ?

B. Brusset définissait le maternel :

« L'adjectif substantivé « le maternel » est distingué du paternel au sein du parental. Il désigne des compétences, des fonctions, des qualités de sorte qu'une femme et même une mère peut être ou non maternelle, tandis qu'un père peut l'être¹⁷³. En psychanalyse, il s'agit d'une imago, d'un type de relation d'objet, de transfert et de contre-transfert, de folie aussi. » (B. Brusset, 2011, p1577)

J'ajoute que le maternel n'est pas qu'une imago ou un type de relation d'objet. C'est avant tout une pratique débouchant potentiellement sur une restructuration de « l'architecture du corps érotique » (C. Dejours, 2003 a., op. cit) de celui qui est mis au travail. C'est à cette seule condition que l'on peut considérer comme thérapeutique l'action menée. Si on ne considère pas le maternel comme un travail, on ne peut pas comprendre comment ces accueillants peuvent intuitivement et spontanément produire des effets thérapeutiques sur le patient qui leur est confié si ce n'est à les définir comme un don miraculeux et singulier.

Très tôt les psychanalystes femme se sont intéressés au maternel, postulant d'abord l'existence d'une pulsion maternelle primaire, d'où l'idée d'un stade « interogénital ». Citons par exemple H. Deutsch (1925) ou encore Lou Andréas Salomé.

Nombreux furent ceux définissant la maternité comme un accomplissement nécessaire de la féminité (et le texte de 1914 de S. Freud), la sublimation de la sexualité féminine. Selon H. Deutsch, les meilleures mères étaient d'ailleurs celles qui pouvaient renoncer à l'essentiel de

¹⁷³ Notons au passage que B. Brusset ne dit pas qu'un homme peut l'être... pour qu'un homme soit maternel, il lui faut être père donc ?

leurs aspirations singulières et à investir leur vie sexuelle. La maternité accomplirait, prolongerait et compromettrait la vie sexuelle de la femme. C'est une place singulière qui est là accordée effectivement aux souffrances, renoncements, doutes etc. qui habitent ceux qui sont en charge d'un travail maternant, a fortiori auprès d'un bébé. Selon S. Freud, l'inhibition de but transforme le sexuel en tendresse. Le travail maternel aurait donc à voir avec l'inhibition de la sexualité. Mais qu'on distingue le maternel ou non du sexuel, la question est la même que pour la sublimation : comment passer du registre du sexuel au non-sexuel... et inversement !

La sexualité n'est pas seulement celle de l'amante et le maternel n'est pas qu'affaire de relation d'objet. Le maternel est affaire d'érotisme. Ce que la psychodynamique du travail permet, c'est tout en ne lâchant pas sur la centralité du corps érotique dans l'affaire, de déplacer le focus de l'analyse clinique sur non seulement le dispositif, l'outil thérapeutique mais aussi et surtout sur l'action concrète et matérielle menée par les deux protagonistes.

Le concept de « reliance » de J. Kristeva, à ce titre me semble apporter des éclairages :

« Cet érotisme maternel que j'appellerai une reliance. Je fais l'hypothèse que la reliance est une économie spécifique de la pulsion telle que, contre-investie en représentation psychique, fixée donc en inscriptions, l'énergie de ce clivage originaire à la fois maintient et traverse le refoulement originaire puis secondaire. Sans les défrayer pour autant à la manière d'une régression psychotique, l'érotisme maternel rend la fixation de la pulsion de vie comme de la pulsion de mort problématique et disponible, et les porte au service du vivant comme une « structure ouverte », reliée aux autres et à l'environnement. Analyser ainsi l'érotisme maternel me conduit à poser par ailleurs et comme d'emblée l'extrême fragilité de cette économie, et à m'interroger sur sa traductibilité. Je m'intéresserai aux logiques qui spécifient la reliance du côté de la mère où les avancées de la psychanalyse me semblent plus timides, comparées à l'exploration de la transitionnalité côté enfant où s'élabore l'autonomie du futur sujet. » (J. Kristeva, 2011, p1561)

En 2011, J. Kristeva souligne la nécessité d'une éthique du maternel affranchie de la morale reçue et qui se fonde sur la reliance. Ni refoulement, ni sublimation, il s'agit selon elle d'un processus pulsionnel : la liaison en train de se refaire après la déliaison. La reliance suppose l'intégration de l'ambivalence pulsionnelle vis-à-vis de l'enfant. La reliance désignerait une expérience – définie comme un vécu à partir duquel se forme un savoir – c'est-à-dire le travail psychique mis en œuvre par la mère. Nous pointons tout de même le fait que ce travail psychique n'est pas lié à une pratique concrète mise en œuvre par un corps incarné et subverti de manière imparfaite. La considération de la pratique de maternage, l'engagement du corps qu'il suppose ne font pas l'objet de développements particuliers comme chez S. Ruddick par exemple. Si effectivement, la pensée de J. Kristeva apporte des éléments importants dans

l'analyse de ce qui se passe du côté de la mère, cette mère n'est pas incarnée dans une société structurée par des logiques de domination. La perspective de J. Kristeva reste une perspective duelle (mère-enfant). En somme, elle ne débouche pas sur une théorie sociale, ce qui pouvait également être reproché au travail de S. Ruddick. C'est la considération du maternel comme un travail qui permet de construire cette théorie sociale fondée à partir de l'anthropologie psychanalytique. Sans considérer le maternel comme un travail et sans le dissocier de l'expérience de la grossesse/naissance, on ne comprend pas l'action des familles d'accueil comme un travail.

A partir de la perspective de la psychodynamique du travail, ce qui est analysé, ce n'est pas seulement ce qui se passe du côté du patient mais aussi chez l'autre protagoniste de la rencontre. L'analyse psychodynamique du travail des familles d'accueil thérapeutique nous a permis de mettre en lumière que **l'action thérapeutique menée par les familles d'accueil, à partir des activités dites maternantes, produit des effets thérapeutiques sur les patients. Les patients accueillis et mis au travail par la situation de placement familial thérapeutique présentent des signes de réorganisation de la pensée, de réaménagement du corps érogène ainsi qu'une réappropriation subjective du corps suggérant une relance de la vie pulsionnelle. Cet effet thérapeutique se comprend par la mise en jeu d'un corps-corps érogène entre l'accueillante et l'accueilli. Les effets thérapeutiques de l'action des familles d'accueil repose sur l'implication subjective de ces dernières allant jusqu'à l'acceptation de la colonisation de leur propre espace psychique par cet autre accueilli. Il ne s'agit pas de répétition visant une restauration, mais une ré-instauration c'est-à-dire une nouvelle instauration des conditions d'émergence du corps pulsionnel, condition sine qua non à une participation au Kulturarbeit.**

La notion de qualité de l'environnement-mère winnicottienne fait écho à la manière de penser le cadre analytique et plus généralement le cadre thérapeutique. C'est la raison pour laquelle l'AFT se pense généralement en termes winnicottiens. Le cadre est alors envisagé comme une « extension du corps maternel » (C. Anzieu-Premmereur, 2001, op. cit.) et fonctionnerait comme une enveloppe sur le modèle du Moi-Peau. Les dimensions thérapeutiques se voyant renvoyée aux fonctions de constances et de solidité, de continuité du sentiment d'exister procuré au patient. Ce n'est sans doute pas faux mais c'est insuffisant. Le risque étant alors de transformer le travail thérapeutique en technique de maternage déssexualisé, en pédagogie des gestes de la vie quotidienne, ou encore de répétition normalisée d'une relation maternelle

supposée plus efficiente ou réparatrice, et de déboucher sur un modèle adaptatif et normalisant du soin à apporter à nos malades atteints de psychose. L'action thérapeutique au contraire doit viser le réveil du désir des envies...

Le point commun et l'apport majeur des théorisations de D. W. Winnicott, W. R. Bion et les théories de l'attachement fut de repartir de l'antécédence du réel de l'environnement et de la prise en compte essentielle à la fois de l'immaturité et de la dépendance de l'enfant, de celui dont il faut prendre soin. Dans l'introduction de *La créativité et ses origines*, D. W. Winnicott note que ce qui l'intéresse, c'est l'étude du lieu « exact où le bébé est schizoïde ». La conception de D.W. Winnicott laisse apparaître une conception de la maladie dans une forme de continuité avec la vie subjective normale du bébé. Dans le même paragraphe, il note que dans les deux cas (le soin à apporter au bébé et celui à apporter au schizophrène), il s'agit de les « aider à trouver leur unité ou encore à atteindre un état d'intégration spatio-temporel (...) au lieu d'éléments dissociés et compartimentés ou comme dispersés et gisant épars » (D. W. Winnicott, 1971, p94).

Pour ces derniers toutefois, l'asymétrie entre l'adulte et l'enfant se place du côté du développement de l'appareil psychique, non autour de la présence ou non du sexuel. L'enjeu de la relation de soin pour les premiers, c'est la sortie de la dépendance (pensée comme équivalente à la conquête de l'autonomie subjective) alors que pour J. Laplanche, l'enjeu c'est la confrontation au sexuel, la libidinalisation de la vie subjective, la confrontation à l'aliénation radicale de tout sujet humain à l'autre en soi. Si les premiers ouvrent de pistes de réflexions sur la sortie de la dépendance, l'empowerment et l'adaptation sociale, la théorie de J. Laplanche va plus loin et ouvre des pistes de réflexion sur l'émancipation subjective. Il s'agit de deux modèles théoriques reposant sur deux conceptions du sujet proches mais différentes et non superposables. Elles reposent aussi deux conceptions de l'action thérapeutique.

A vrai dire, la discussion à mener concernant la genèse des symptômes psychotiques reste condamnée à conjectures si on ne l'étaye pas sur celle portant sur les modalités de leur traitement car c'est de cette dernière que des hypothèses peuvent être formulées.

Le soin représente un « défi lancé » au thérapeute (C. Dejours, 2002) et pouvant se circonscrire de la manière suivante : que doit faire le patient pour se dégager de l'emprise que les réactions de son corps exercent contre sa volonté ? Quelle est l'action à mener pour lui

permettre de le faire ? Comment amener le patient à s'émanciper de sa psychose qui inhibe si gravement son corps dans ses dimensions expressives et affectives ?

Le travail thérapeutique, consistant -selon la très belle expression de B. Odier à « interposer un autre sujet entre un sujet et lui-même » - s'appuierait sur le corps engagé des deux protagonistes de la relation de soin. Il s'agirait de réimplanter les conditions du surgissement de la vie en soi, du pulsionnel chez un sujet adulte, de réunir les conditions sociales favorisant la relance d'une dynamique d'appropriation du corps érogène. Non pas en rouvrant la « situation anthropologique fondamentale » car le temps de l'asymétrie telle que la décrit J. Laplanche est bel et bien révolu - parce que le patient n'est pas un enfant et que l'accueillante familiale n'est pas une mère substitutive réparatrice ou réétayante - mais en relançant l'engagement du patient dans la traduction des messages énigmatiques auxquels il est confronté.

Il faut aussi constater que ce qui fait levier thérapeutique dans ce dispositif, c'est effectivement la mobilisation des habiletés développées à l'occasion de la situation anthropologique fondamentale par un sujet maternant. C'est de cette mobilisation subjective au cours de la relation de maternage que des réintrications pulsionnelles peuvent effectivement avoir lieu du côté du patient. Il ne s'agirait donc pas seulement de « réparer des structures cassées de l'image inconsciente du corps » (G. Pankow, 1969) mais de gagner progressivement sur les « zones froides » de l'architecture érogène et étendre la couverture de subversion libidinale.

Si on tient cette hypothèse, il faut également en admettre deux autres : la subversion libidinale du corps peut se relancer, y compris à l'âge adulte mais elle est dépendante de la possibilité pour le patient de pouvoir « être mis au travail » par les mobilisations de son corps demandés par le thérapeute.

Le retour de l'érotique et du pulsionnel permettrait, si on suit cette hypothèse, de limiter le recours au compulsif, voie ultime pour ressentir une vie en soi (C. Dejours, 2003 a., op. cit.). **Dans cette perspective, les soins à apporter au corps biologique, loin d'être accessoires ou de confort s'avèreraient centraux parce que c'est par leur biais que le plaisir et la vie érotique peuvent être relancés.**

Si on suit S Freud (1915) et que l'on considère que ce sont les pulsions qui sont le véritable moteur des « progrès » de l'organisme et non les stimuli externes, alors le travail des familles d'accueil consiste en la réunion des conditions favorables à la réactivation de l'activité

pulsionnelle en amenant le sujet psychotique à rencontrer de nouveau son corps sur lequel un autre porterait un regard et une charge affective érotisante. En suscitant le réinvestissement du corps par des sollicitations répétées et accompagnées d'un bain de communication à son sujet pourrait se relancer dans un premier temps, à la faveur de la répétitivité - et si le corps n'est pas trop frappé d'agénésie- une dynamique de coexcitation libidinale puis un processus de subversion libidinale. Dans cette perspective, l'apragmatisme et l'aboulie, souvent considérés comme des freins ou des contre-indications à des mobilisations psychothérapeutiques seraient au contraire des critères de choix pour envisager l'admissibilité d'un patient dans de tels dispositifs de soin. Mais cela ne peut se faire sans risques inhérents à de tels réamorçages car le processus de coexcitation libidinale peut s'emballer. La pulsion peut devenir générateur d'excitation confinant à la déliaison si aucune possibilité de reprise et de liaison ne se fait jour. Si l'exigence de travail sous laquelle elle se présente ne peut effectivement pas être relayée par un travail de pensée. Tous les patients ne peuvent donc pas bénéficier de ce genre de prise en charge thérapeutique.

L'action maternante portant sur le corps du besoin consiste à rendre ce corps habitable pour le sujet qui y est assigné. Les gestes et actions de maternage le constituent pour le sujet comme un objet familier et aimable, appropriable et bientôt subjectivable pour lui permettre, progressivement de pouvoir se sentir, s'auto-affecter, aimer son propre corps comme un vecteur de plaisir et de « l'éprouvé de la vie en soi ». C'est par le truchement de l'impact affectif que les messages adressés se constituent comme exigence de traduction et constituent « le corps comme exigence de travail pour la pensée » (C. Dejours, 2005). Il faut donc que les ressentis et les vécus du sujet psychotique puissent se constituer comme énigme pour lui et qu'a minima donc, le corps ne soit pas frappé intégralement d'agénésie. A force de mobilisation du corps et d'échanges portant sur ces mobilisations, le corps physique affectant le corps du thérapeute peut se doter, d'abord par l'extérieur de qualités descriptibles et formulées par le patient de la manière suivante : « Mme A pense que je suis... » ou encore « Mme B. me trouve... ». Ces formules, reprises et mises au travail au cours des entretiens seraient proposées alors comme des énigmes à traduire pour le patient participant au dispositif.

On peut donc discuter la notion de « greffe de transfert » reposant sur l'idée qu'elle serait apportée de l'extérieur. La vitalité du processus ne vient pas de l'extérieur mais de l'intérieur. On pourrait bien plus parler d'autogreffe de zones érotiques visant à étendre la colonisation érotique du corps biologique.

L'objet et l'objectif du travail maternel, c'est le corps. Il s'agit de rendre le corps de l'enfant investissable, puis aimable par lui-même. Il s'agit de le constituer comme vecteur de plaisir et objet investissable. L'investissement de l'autre ne se soutient que de l'investissement de soi-même comme objet d'amour. Ce processus est la condition de l'émergence de la pensée, de l'action et du narcissisme. Il représente également la condition de possibilité de l'investissement du monde extérieur et d'endurer, de soutenir cet investissement dans la durée. Il est donc la condition sine qua non du lien à autrui. Mais l'ensemble tient sur un fondement : l'action princeps d'un autre.

« Quelque chose, *une nouvelle action psychique*, doit donc s'ajouter à l'autoérotisme pour donner forme au narcissisme. » (S. Freud, 1914, p84)

Cette nouvelle action psychique, c'est celle que doit accomplir l'adulte maternant en nécessité de devoir prendre soin du corps de l'enfant, c'est la réception-traitement-émission des messages que nous venons d'exposer.

A partir de ces considérations, il nous semble que s'ouvre une possibilité de discussion en matière de psychopathologie de la psychose dissociative définie comme « retrait de la libido des objets du monde extérieur » (S. Freud, 1914, op. cit).

Chapitre V – Déficit vs Inhibition. Le corps dans la psychose dissociative.

« Si une théorie est nécessairement une théorie du sujet et une théorie pour un sujet,
Elle ne saurait éviter d'être simultanément une théorie de l'objet
et une théorie de la manière dont l'objet subjective
ou permet au sujet de s'éprouver comme tel. »
R. Roussillon, 1997, p399.

Dans le chapitre III nous avons montré que les accueillantes familiales thérapeutiques se confrontent aux symptômes psychotiques des patients qui leur sont confiés en convoquant des habiletés maternantes développées à la faveur du « travail maternel » qu'elles ont du accomplir. Ce travail maternel a fait l'objet d'une description et d'une analyse en chapitre précédent. Vue sous cet angle, la psychose peut se comprendre non pas à partir de la qualité « naturelle », immédiate ou spontanée des acteurs en présence mais en fonction du travail maternel – dépendant de la construction du corps érotique et des liens de coopération établis avec les autres membres de la famille - qui pourra ou non s'effectuer.

A force de répétition des gestes sur son propre corps et avec son propre corps, à partir du dialogue engagé autour de ces activités, le corps du patient psychotique « reprend vie ». L'activité élaboratrice de son rapport au corps et la subversion du corps engagé dans l'action se font grâce aux entretiens mais surtout au domicile de l'accueillant. Quand le processus fonctionne, le patient « se sent » davantage et mieux ; il prend soin de son corps (et de son monde), des objets du monde extérieurs désormais investissables et aimables.

L'action de ces familles d'accueil thérapeutique se porte sur différents symptômes présentés par les patients psychotiques et contribue à les déplacer, voir à les amender quand le patient lui-même peut être mis au travail: le retrait social et le négativisme moteur (toutes les formes comportementales de refus de l'autre et de tout contact, y compris visuel), le négativisme affectif, les troubles de la pensée – notamment la dissociation cognitive-, l'apraxisme, l'aboulie, la dissociation affective et enfin l'athymhormie (ou la « perte de l'élan vital » pour reprendre une terminologie

bergsonienne c'est-à-dire l'insensibilité aux événements, l' « anhédonie morale » (T. Ribot), l'asthénie, la lenteur des réactions émotionnelles. Cette perte de l'élan vital correspond au « désintérêt affectif global » défini par H. Ey.).

Dits stabilisés, les patients qui sont accueillis-là ne présentent de symptômes délirants ou hallucinatoires qu'à bas bruits ou alors « contenables » par le dispositif¹⁷⁴. Ils présentent surtout un ensemble symptomatique recouvrant les « symptômes négatifs (de type II) décrits dans la classification de N. Andreasen et dans l'organodynamisme de H. Ey.

Ce que notre clinique de l'A.F.T. nous a appris, c'est que les troubles cognitifs régressent à la suite (et sans doute à la faveur) de l'atténuation des troubles de la sphère affective (voir chapitre III, le cas de Guillaume page 187 ou encore le cas de Mohamed page 209 et 217).

I) De E. Bleuler à H. Ey. Constitution d'une entité nosographique : la schizophrénie autour du syndrome dissociatif.

La notion de schizophrénie date des débuts du XXème siècle. Elle fut l'objet d'un grand nombre de travaux et est toujours l'objet de controverses. Elle est même au centre des débats qui agitent la communauté psychiatrique autour de l'élaboration de la nouvelle mouture de la classification américaine des maladies mentales, le D.S.M. V. Il n'y a toujours pas de consensus au sein de la communauté scientifique quant à sa définition et à ses critères diagnostiques.

On désigne le plus souvent par schizophrénie un ensemble syndromique caractérisé par des symptômes plus ou moins spécifiques (point de vue très discuté par de nombreux auteurs) mais toujours illustrant une désorganisation de la personnalité, une déstabilisation majeure de l'identité.

¹⁷⁴ Les patients trop délirants et envahis par ce vécu délirant ne peuvent pas rester en famille d'accueil. Soit en raison d'une destructuration trop importante du lien à l'autre, soit en raison des limites de ce dispositif - notamment la présence de jeunes enfants amenant les accueillants à mettre un terme à la prise en charge.

1. De la « démence précoce » d'E. Kraepelin au « groupe des schizophrénies » d'E. Bleuler.

Deux psychiatres se sont particulièrement penchés sur la schizophrénie : E. Kraepelin (1856-1926) d'abord, E. Bleuler (1857-1939) ensuite. Avant eux, les auteurs insistaient sur trois points particuliers : les symptômes avaient pour caractéristiques d'être acquis, de toucher des sujets jeunes et d'évoluer dans un sens déficitaire lourd. **E. Kraepelin distingue la psychose maniaco-dépressive (et notamment le versant mélancolique) de la dementia praecox à partir du critère évolutif des troubles. Pour lui, la schizophrénie est une maladie évolutive débouchant sur une démence.** En 1896, il circonscrit l'entité clinique et l'affine au fur et à mesure des huit éditions de son *Traité*. Elle se définit essentiellement autour de trois critères : l'affaiblissement intellectuel, l'âge d'apparition ainsi que l'évolution à long terme. Ce sont les symptômes intellectuels, cognitifs dirions-nous aujourd'hui, qui fondent ce nouveau regard clinique, qui donnent naissance à la démence précoce caractérisée également par un « appauvrissement émotionnel ». Ce n'est pas seulement une démence intellectuelle mais aussi affective.

Peu de temps après et alors qu'E. Kraepelin n'a pas achevé la 8ème et dernière édition de son *Traité*, E. Bleuler remet en cause le concept de démence précoce et fonde celui de schizophrénie. Pour lui, toutes les formes d'évolution sont à envisager de la guérison à des états démentiels graves. Il n'y a pas de fatalisme dégénératif des fonctions cognitives et affectives. Ce qui est mis à l'avant du tableau clinique, c'est moins le facteur temporel (l'aspect évolutif et dégénératif) que la dynamique processuelle des troubles. Pour certains auteurs comme E. Kraepelin, c'est l'évolution vers la démence qui fait porter rétrospectivement et à coup sûr le diagnostic. Allant de l'état déficitaire simple, au véritable tableau démentiel, la description de *ces formes évolutives catastrophiques* va toujours dans le sens d'une dégradation du dynamisme de la vie mentale et d'une aggravation des symptômes.

E. Bleuler s'appuie sur des références psychanalytiques et soutient une conception de la maladie mentale en rapport avec un « retrait de la réalité » secondaire à un effritement de l'unité psychique. S. Freud dès 1894 définissait la maladie mentale comme un retrait ou une « séparation » d'avec la réalité en partie ou en totalité en raison d'un conflit inconciliable avec

elle. C'est dans la recherche de l'étiologie des « psychonévroses »¹⁷⁵ et tout en soulignant le « très petit nombre d'analyses de psychoses de ce genre » que S. Freud va chercher à différencier et à définir les concepts de névrose et de psychose. Il décrit la psychose hallucinatoire comme un processus de fuite, par détachement de la réalité.

«J'attire l'attention sur le fait que le contenu d'une psychose hallucinatoire de ce genre consiste précisément en la mise au premier plan de cette représentation insupportable par la fuite dans la psychose ; le processus aboutissant à ce résultat échappe, lui encore, à l'autoperception aussi bien qu'à l'analyse psychologico-clinique. Il faut le considérer comme l'expression d'une disposition pathologique accentuée, et on peut même le décrire ainsi : le moi s'arrache à la représentation inconciliable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un jugement de réalité, si bien que le moi, en accomplissant cette action, c'est séparé aussi en partie ou en totalité d'une partie de la réalité » (S. Freud, 1894, p13).

C'est par le mécanisme de « rejet » de la représentation et de l'affect hors du moi, de la réalité interne, que la conception de la psychose dans la théorie psychanalytique se fonde. C'est un processus de retrait de la réalité. Il complètera cette idée à partir des apports de K. Abraham (1908) et sur la centralité de l'autoérotisme dans le processus morbide de la démence précoce. En 1917, il fait sien la conception de K. Abraham. A partir de la notion d'autoérotisme, E. Bleuler fonde son concept d'autisme, mais en y soustrayant la référence libidinale et sexuelle, à laquelle il ne souscrit pas, trop scandaleuse. Parallèlement, au repli autistique d'E. Bleuler, S. Freud (1914), en reprenant les conceptions de K. Abraham, fait du repli de la libido sur le moi (le narcissisme), le modèle de la psychose, alors définie comme conflit entre « le moi et le monde extérieur » de S. Freud (1924 a., p285).

L'autisme émerge de ce nouveau concept proche parent qu'est l'autoérotisme pourtant c'est aussi en se basant sur l'œuvre récente d'E. Kraepelin qu'E. Bleuler forge le néologisme de schizophrénie. Issu du courant organiciste, E. Kraepelin tente de définir des « maladies » afin d'édifier une nosographie psychiatrique. Il propose ainsi 8 traités de 1883 à 1915. Le processus psychique de « dégénérescence » va laisser place à celui de « processus démentiel » dans sa 5e édition (1896). Le point central est la « faiblesse d'esprit incurable » affectant les malades. E. Kraepelin inclut néanmoins la « dissociation » dans ses cas de démence précoce. C'est en 1899 qu'il regroupe ces différentes entités sous le terme de « démence précoce » - y

¹⁷⁵ Le texte de S. Freud traite de la psychose hallucinatoire mais surtout de l'hystérie et de la phobie (encore appelée hystérie d'angoisse à l'époque).

compris ce qu'il appelle la « démence paranoïde » - qualifiant ainsi l'ensemble des « psychoses déficitaires ».

E. Bleuler s'appuie et critique la nosographie kraepelinienne à partir de cette sixième édition, encore basée sur le processus démentiel. Dans les deux dernières éditions, E. Kraepelin mettra au centre de cette pathologie la « tendance générale à la dissociation », pouvant aboutir à une véritable désagrégation de l'esprit et à une « authentique démence ».

Dans cette distinction entre E. Kraepelin et E. Bleuler, il ne s'agit pas seulement d'un changement de terme.

Par « la ou les schizophrénies », E. Bleuler refonde le concept tout entier. Là où E. Kraepelin se réfère à *une maladie*, E. Bleuler, lui, définit une entité nosographique regroupant *plusieurs maladies*, une sorte de superstructure.

« Pour des raisons de commodité, j'emploie ce mot au singulier (à propos de la schizophrénie), bien que ce groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p 44).

Mais le plus important n'est pas là. Ce qui me semble à noter est que d'une part, dans la perspective soutenue par E. Bleuler, la parole du schizophrène n'est plus « insensée » ou « démente » mais a un sens et est digne d'un intérêt. D'autre part, il avance l'idée qu'il existe un « trouble primaire fondamental », le « relâchement des associations », expression d'un processus pathogène organique morbide, responsable des « symptômes primaires », qui, même s'ils ne sont pas les plus visibles n'en sont pas moins fondamentaux.

Même si E. Bleuler note que l'apparition des troubles date souvent du début de l'âge adulte - effet de la sexualité, rejoignant ainsi partiellement les théorisations freudiennes sur la libido¹⁷⁶ - la puberté est pour lui un critère trop restrictif sur le plan clinique. Considérer la puberté comme un critère décisif dans le diagnostic ne permet pas de penser l'éclosion des troubles à l'âge adulte et donc les formes larvées ou compensées (la personnalité schizoïde et surtout la « schizophrénie simple » etc.) qu'il entend englober dans son entité nosographique. De plus, cela amène à retenir comme facteur décompensatoire les processus développementaux du

¹⁷⁶ J'insiste sur le partiellement car si E. Bleuler reconnaît l'influence de la pression exercée par le sexuel adolescent et la puberté, la référence qu'il fait à la « libido » ou aux « complexes sexuels » ne désignent pas la même chose que chez S. Freud qui n'entend rien céder sur la thèse de la sexualité infantile.

corps organique mais sans tenir compte d'autres déterminants « externes » comme les événements de vie par exemple.

Selon E. Bleuler, la forme de démence que semblent présenter ces patients ne ressemble pas à celle décrite dans les autres pathologies :

« Les choses ne sont donc pas telles que la schizophrénie doive conduire dans tous les cas à un abêtissement prononcé, ainsi que de nombreux contradicteurs le prétendent étrangement, mais : si la maladie continue à progresser, elle conduit à l'abêtissement, et cet abêtissement a un caractère spécifique. Mais elle ne progresse pas nécessairement » (E. Bleuler E., 1911, op. cit., p365)

Il existe, selon lui, des patients « déments » qui du jour au lendemain améliorent leur fonctionnement mental, ce qui n'est pas conciliable avec le concept même de démence.

« Beaucoup trouvent certaines difficultés dans le concept de démence. Schäfer, par exemple, dit qu'une maladie qui en impose pour une démence pendant quatorze ans, puis qui guérit, ne saurait être une véritable démence. Il s'est donc vu contraint de ranger ce cas, qui selon nous ne représente qu'un exemple éclatant de guérison tardive de schizophrénie, dans une autre maladie que les abêtis irrémédiables des asiles chroniques. Quiconque s'est rendu compte que l'organe de la pensée a été en fait bien peu lésé dans la schizophrénie, et quiconque saisi que les symptômes principaux de « l'abêtissement » spécifique, l'enkystement dans son propre monde idéique et l'inaffectivité, sont précisément des phénomènes secondaires, potentiellement instables, ne voit nulle difficulté dans de tels événements » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p366).

Pour lui, le symptôme démentiel n'est en fait que le résultat du relâchement associatif, subordonnant la pensée aux complexes affectifs. La pensée n'étant plus soumise à la logique commune, l'état psychique du patient **semble** se dégrader. Et c'est la perturbation affective qui entraîne le trouble de la pensée.

« Besoins logiques et affectifs sont souvent en contradiction. C'est pourquoi l'effet des affects s'impose plus fortement dans toute maladie qui affaiblit la logique. Tandis que les processus intellectuels de la pensée empruntent les voies tracées par l'expérience, les affects dirigent les associations dans le sens des aspirations qui leur correspondent (obtention du plaisir, défense contre le déplaisir). Note De l'Auteur : comme les formes de notre logique ne font que répéter des associations dictées par l'expérience ou former des analogies avec ces associations, il va de soi qu'en cas de perturbation cérébrale générale les associations logiques acquises sont altérées par les associations affectives innées. S'il existe une prédisposition constitutionnelle schizophrénique de l'esprit, le fait que des individus dont la capacité à évoquer la réalité et ses rapports est faiblement développée doivent être prédisposés à l'autisme devrait entrer en ligne de compte ici » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p456).

Marquons un point d'étape à partir de cette citation. Dans la perspective d'E. Bleuler, quand la pensée est subordonnée aux affects, cela signe le processus pathologique, la « perte de raison » pourrait-on dire. La santé mentale se définirait donc à la fois dans une indépendance mais aussi dans la subordination des affects au primat de la raison. Perspective somme tout discutable comme nous l'avons souligné dans les chapitre III et IV. Par ailleurs, la définition de l'expérience retenue par E. Bleuler – du côté de la logique et non des affects – est elle aussi discutable (chapitre II).

Le clivage entre l'inné et l'acquis posé par E. Bleuler entre les « associations logiques » et les « associations affectives » redouble le hiatus déjà annoncé : il y aurait un clivage entre la pensée et les affects. **Dans une filiation qui reste malgré tout kraepelinienne, le corps envisagé par E. Bleuler est le corps organique ; l'érotique ne constituant qu'une source de perturbations plus ou moins pathologiques des processus dits normaux, supposés rationnels.**

La vulnérabilité ou comme il le dit, la prédisposition à la psychose dissociative –plus particulièrement à la schizophrénie - se voit ici renvoyée du coup à un défaut de constitution d'une « capacité à évoquer la réalité » sans que soit explicitée la dite constitution. En suivant la logique d'E. Bleuler, on comprend qu'elle est du côté de l'acquis mais sans que soient développés les processus menant à cette acquisition, notamment le rôle tenu par l'adulte maternant.

Notons également que la différence de conception entre E. Kraepelin et E. Bleuler concernant la primauté de l'affaiblissement cognitif ou sa subordination à l'affect se retrouve dans le champ de l'enfance entre les théories du développement de l'enfant mettant en première grille de lecture le développement affectif (H. Wallon et d'une certaine manière, par sa notion de « stade de développement affectif », S. Freud) ou le développement des habiletés cognitives et avec pour fondement la théorie de J. Piaget.

Après avoir insisté sur un trouble primaire commun aux processus morbide dans les schizophrénies – le « relâchement des associations » -, E. Bleuler décrit « des symptômes secondaires », issus *indirectement* du trouble primaire:

« Les symptômes primaires seraient l'indice d'un processus morbide, alors que les secondaires pourraient être tenus **pour la réaction de l'esprit malade aux évènements internes et externes** [je souligne] » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p17).

« Nous ne pouvons comprendre une psychose à détermination physique que si nous distinguons les symptômes qui proviennent directement du processus morbide de ceux qui résultent

seulement de **la réaction de l'esprit malade à certains processus internes et externes** [je souligne]» (E. Bleuler, 1911, op. cit., p445).

« Nous formulons l'hypothèse d'un processus qui produit directement les symptômes primaires ; les symptômes secondaires sont en partie des fonctions psychiques dans le contexte d'une modification des conditions déterminantes, et en partie les conséquences de tentatives d'adaptation aux troubles primaires, tentatives qui ont plus ou moins échoué ou réussi » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p569).

On est très proche de la conception freudienne du délire envisagé comme tentative de « guérison » et de réinvestissement libidinal d'un monde (S. Freud, 1911 b.).

Il y aurait deux classes de symptômes : le trouble primaire tirant son origine et son fondement dans des altérations du corps organique (dont des anomalies somatiques mineures) et des symptômes secondaires « réactionnels » (autisme, délires, « scission de l'esprit ou « spaltung » etc.) à la fois aux perturbations internes du corps et externes (événements de vie, relations affectives et sociales etc.).

Le déterminisme pathologique des schizophrénies s'inscrit dans le corps organique d'abord. Toutefois, il n'y aurait pas de dimension fataliste à ce déterminisme car le sujet disposerait de moyens « réactionnels », « défensifs » pourrait-on dire, pour faire face à ce trouble du corps organique.

Cette perspective exclut la possibilité d'une sociogénèse ou d'une psychogénèse pures des troubles. Le psychisme interviendrait, pour le dire vite, en second et de manière défensive.

D'après E. Bleuler, les symptômes secondaires – les plus visibles et les plus bruyants en clinique - ne sont en définitive que des signes de la réaction du psychisme à une perturbation, ce psychisme soumis aux mêmes lois édictées par la psychanalyse, la condensation et le déplacement, chez le sujet névrosé ou même normal. E. Bleuler se réfère à la *Psychopathologie de la vie quotidienne* et *L'interprétation du rêve* de S. Freud et que son élève C. Jung lui avait donné à lire¹⁷⁷. **On reste sur une conception cartésienne fondée sur**

¹⁷⁷ E. Bleuler eut comme assistant notamment H. Rorschach, K. Abraham (1904-1907), L. Binswanger (1907-1910) et surtout C. Jung de 1900 à 1909. Rappelons qu'à cette époque encore, la rupture entre S. Freud et C. Jung n'était pas encore effective. Elle se profile dès 1911 mais le sera en 1913 notamment concernant le statut accordée à la libido dans la vie psychique. E. Bleuler participa d'ailleurs à la création de la Société Psychanalytique Internationale en 1910. Toutefois, il n'a jamais pu se résoudre à adopter le point de vue scandaleux pour l'époque de la psychanalyse : la centralité du sexuel infantile, y compris dans la vie psychique

la séparation de l'âme et du corps, même si une place est accordée aux relations affectives, sur une détermination organique de la maladie mentale et une conception de la vie affective non pas comme facteur de santé mais de trouble.

À l'origine des schizophrénies, il existe donc un processus morbide organique selon E. Bleuler. Il en résulte la « Spaltung », la scission du psychisme, soumise à l'inconscient et qui donne la clé d'explication des symptômes.

Dès la première page de sa monographie, E. Bleuler, donne une définition de l' « autisme », symptôme secondaire mais fondamental dans la délimitation du champ psychopathologique consacré aux schizophrénies : « une tendance à placer sa propre fantaisie au-dessus de la réalité et à se retrancher de celle-ci » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p55). Il caractérise une réaction du psychisme face au trouble primaire, « conséquence directe de la scission schizophrénique de l'esprit » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p472). E. Bleuler définit l'autisme comme un processus, une tendance, la conséquence d'un mouvement qui « anime » la schizophrénie, « le relâchement primaire des associations ». C'est un mouvement de retrait libidinal des objets sur le « moi ». Il rejoint sur ce point les conceptions freudiennes concernant la psychose de 1894. E. Bleuler fonde le terme d'autisme pour remplacer celui d'autoérotisme, issu des travaux de S. Freud et de K. Abraham.

L'autisme bleulérien, bien qu'originaire de la notion d'auto-érotisme freudien, reste limité à la signification d'un monde intérieur, en rupture avec le monde externe.

« Nous appelons autisme ce détachement de la réalité combiné à la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure » (E. Bleuler, 1911, op. cit., p112)

L'autisme caractérise donc à la fois la rupture avec le monde extérieur et ses objets mais aussi l'absorption en soi, le retrait de la subjectivité sur elle-même. Il suppose donc l'existence préalable d'un monde interne, clos sur lui-même. L'autisme serait défensif, une protection ultime de la subjectivité et pour aller plus loin, le négativisme serait une « réponse anticipée à tout ce qui sera tentative de lien » (N. Brémaud, 2010). **Il aurait donc une fonction défensive et même préventive.**

de l'adulte. A ce sujet, voir Debout F., « Préface » aux *Cinq Leçons sur la psychanalyse* (1909) de S. Freud, Paris, Payot, 2010 et rééditée en 2015.

Chez E. Bleuler, le seul corps dont il est question dans la maladie, c'est le corps organique ; idée reprise mais développée par H. Ey grâce aux apports de la psychanalyse que ce dernier cherche à intégrer.

2. Perte du « contact vital au réel » et destin autistique, E. Minkowski et H. Ey.

Avec Eugène Minkowski, Henri Ey est l'un des psychiatres français ayant introduit, promu et développé la théorie d'E. Bleuler. En 1926, il commence la diffusion d'une traduction abrégée de la monographie de ce dernier aux internes de Sainte Anne. La discordance, la dissociation et l'autisme sont au centre de sa théorie.

Le *syndrome de discordance* reflète (pour H. Ey et sans doute pour E. Bleuler en premier), sur le plan clinique, le processus spécifique de la schizophrénie. Tous les deux notent dans le processus psychopathologique la centralité de la dissociation du psychisme des sujets, leur désagrégation et leur perte d'unité. H. Ey définit la discordance par quatre points : l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement.

L'impénétrabilité définit la qualité « énigmatique » du contact vécu auprès du sujet atteint de schizophrénie. Le psychisme de ces patients semble marqué par des éléments indéchiffrables, en rupture avec le sens commun, et suivre une logique qui leur est propre. La signification des gestes, des mots prononcés et l'intentionnalité semblent hermétiques et à première vue incompréhensibles à l'interlocuteur.

H. Ey définit le détachement comme suit :

« Il s'agit de l'impossibilité de s'ouvrir au monde et d'une attraction centripète vers l'intérieur de soi, comme un retournement de l'attention à la vie présente vers son pôle subjectif. Cette impuissance à se projeter et à rayonner dans le monde, cette tendance à se disperser dans le flux de la subjectivité, cette disproportion entre « dedans » et « dehors » de l'existence constituent une infrastructure constante des symptômes de la dissociation schizophrénique, lesquels lui empruntent beaucoup de leurs caractères cliniques de « distraction », de « rêverie », d'opposition, d'« excentricité », de « négativisme », d'« entêtement et l'indifférence pour le monde extérieur » (H. Ey, 1955, p167).

Ce qui est mis en avant, c'est d'une part la rupture affective avec le monde extérieur et d'autre part le rapatriement des investissements du sujet vers son monde interne.

Une place particulière est accordée à l'autisme depuis E. Bleuler qui le définit comme une perturbation

« Qui intéresse la relation de la vie intérieure au monde extérieur. C'est l'évasion de la réalité, et en même temps la prédominance relative ou absolue de la vie interne... Les grands schizophrènes vivent dans un monde à eux, où leurs désirs sont exaucés et d'où les obstacles sont exclus » (E. Bleuler, 1911, p55.).

H. Ey en fait le « noyau positif de la psychose » et le destin de la vie psychique en tant que « corps psychique » du schizophrène. Cette conception n'a de sens pour lui qu'au regard de la *dissociation des fonctions psychiques qui en constitue la rupture initiale*.

H. Ey nuance toutefois l'ambition extensionniste dont E. Bleuler dote son concept de « schizophrénie ». Il craint que le concept ne perde en pertinence descriptive comme ce fut le cas pour celui de démence et de dégénérescence.

« De telle sorte que les progrès réalisés par la conception de Bleuler sur celle de Kraepelin n'auraient pu être définitivement acquis qu'à la condition de concilier la structure déficitaire bien établie par Kraepelin et la structure affective bien mise en évidence par Bleuler. » [je souligne]. « C'est faute de trouver ce point d'équilibre (qui constitue d'ailleurs la position centrale de Bleuler lui-même) que, depuis tant d'années, le concept de schizophrénie est soit rejeté, parce qu'on entend s'en tenir à la conception première de Kraepelin, soit utilisé sans discernement sous forme du concept vague de « repliement sur soi ». On comprend, dès lors, que beaucoup de psychiatres aient tenté de retenir la notion de schizophrénie sur la pente fatale de sa dévalorisation, soit en accentuant le critère déficitaire, soit en la considérant comme une affection génotypique » (H. Ey, 1955, p 157).

J. Garrabé distingue trois phases dans l'œuvre d'H. Ey que l'on résumerait sans doute de manière simpliste et simplificatrice à l'organodynamisme : La phase bleulérienne (1926-1936), la phase jacksonienne et néo-jacksonienne (1936-1948), et enfin la phase organodynamique (1948-1977).

Hughlings Jackson est un neurologue anglais de la fin du 19^{ème} siècle, repris notamment par S. Freud dans ses travaux neurologiques sur la *Contribution à la conception des aphasies* ou encore dans son *Esquisse* de 1895. Il postule une *hiérarchisation des fonctions* du système nerveux (fondée sur la phylogenèse), les fonctions supérieures (la conscience) correspondant aux fonctions les plus sophistiquées et apparues les plus tardivement dans l'évolution, mais inhibant les fonctions sous-jacentes. La dissolution d'une fonction, la conscience, libère ainsi la fonction hiérarchiquement inférieure. H. Jackson emprunte ses concepts à l'évolutionnisme, très en vogue en 1875 en Angleterre. Les termes d'évolution et de dissolution sont issus de la philosophie de H. Spencer (*Genèse de la science*, 1854). Selon H. Spencer, l'évolution

générale est un passage de l'homogène à l'hétérogène, de l'automatique au volontaire, concept largement inspiré du courant positiviste. En ce qui concerne la pathologie mentale, peu abordée par Jackson mais incluse dans son système (la norme est pour lui l'esprit savant), la **dissolution de la conscience est un symptôme négatif**, un *non savoir*, alors que **les illusions et les hallucinations sont des symptômes positifs**, un *mal savoir*. H. Jackson, et H. Ey à sa suite, font une classification hiérarchisée des dissolutions ordonnée par la conscience et l'adaptation des conduites.

Le processus morbide consiste donc à la fois en une **dissolution de fonctions** estimées « plus évoluées » ou « supérieures » et une **désinhibition de fonctions** inférieures ou plus primitives¹⁷⁸.

Je pointe l'idée qu'une partie du fonctionnement mental normal ou sain consisterait en une inhibition de fonction. On a tendance à retenir de H. Jackson et H. Ey la partie consacrée à la dissolution de fonction et moins la question de la balance inhibition/désinhibition.

Au départ pour H. Ey, la schizophrénie est une non-intégration dans le principe de réalité, une maladie dysgénétique qui exige (comme chez E. Bleuler) une somatose et qui comprend dans son expression une part négative et une part positive. Mais en tentant de faire correspondre le modèle proposé par H. Jackson aux états chroniques, H. Ey bute. C'est ce qui l'amène à construire son modèle organodynamique (1948-1977).

Une première précision étymologique est proposée par J. Garrabé : « Organo » ne provient pas d' « organe », et donc pas d'un trouble secondaire à la lésion d'un organe dans une vision lésionnelle mécaniciste mais provient de la philosophie biologique d'E. Lamarck.

« Ce courant est celui de l'organicisme, au sens philosophique du mot, c'est-à-dire la doctrine selon laquelle la vie est le résultat d'une organisation » (J. Garrabé, op. cit., p14).

Le résultat d'une organisation du corps considéré dans son acception biologique, je précise.

¹⁷⁸ On retrouve cette idée évoquée également par S. Freud dans *Totem et Tabou* (1913) quand il soutient que l'enfant comme le malade névropathe adopte un fonctionnement de pensée plus primitif que celui de l'homme sain adulte. Il faut tout de même préciser que chez S. Freud, il n'y a pas de point de vue négatif ou dévalorisant porté sur le fonctionnement de l'homme primitif ou infantile. Il n'empêche que le point de vue phylogénétique adopté par S. Freud pose des problèmes sur lesquels je ne m'attarderai pas ici et qui sont soulignés par J. Laplanche (1987, op. cit., pp33-40).

L'abolition d'une fonction remet en jeu l'ensemble du « corps psychique ». Il ne s'agit pas seulement d'une dissolution d'une fonction mais de la réorganisation globale du fonctionnement mental par « dissolution de l'être-conscient » et du « corps psychique ».

« Ce n'est plus au moyen de la seule dissolution de la « Conscience » (expérience), la plus élevée des fonctions du système nerveux pour ce dernier, qu'Ey tente maintenant d'expliquer la genèse de l'ensemble de la psychopathologie. Il a désormais recours pour décrire le processus générateur des maladies mentales à un autre modèle de dissolution, celui de la dissolution du Corps psychique (personne de l'existence) » (J. Garrabé, *op. cit.*, p17).

La notion de « corps psychique » soutenue par H. Ey est illustrative de l'ambition systémique, de sa volonté de ne vouloir négliger ni les processus liés à la conscience, ni le biologique, ni l'inconscient. Il cherche à tenir ensemble P. Janet (le rétrécissement du champ de conscience), E. Kraepelin, E. Bleuler et S. Freud.

« Organogenèse et psychogenèse ne s'excluent pas ici, mais convergent (Kraepelin, Bleuler et Freud ne peuvent se séparer). C'est le sens même de la position organo-dynamiste que je défends » (H. Ey, 1958, p411).

Face au corps organique affecté en premier temps (point de vue partagé avec E. Bleuler), le « corps psychique » réagit selon les principes décrits par la psychanalyse. Pour comprendre le saut du somatique, du biologique aux manifestations psychiatriques, H. Ey propose un analogon du corps affecté du trouble primaire, le « corps psychique ».

La notion de *corps psychique* devient ainsi cette métaphorisation dont on constate qu'elle rassemble en deux termes la dualité psyché-soma, en l'inversant. « Le corps psychique » est une métaphore, défini comme la « région de l'être où se passent la logique du vivant et la dialectique du sens ». Cela dit, la notion de « corps psychique » confond ensemble le Je, le Moi et le Soi.

H. Ey fait de la discordance le syndrome principal dans la schizophrénie, notamment dans la forme paranoïde qu'il considère être la forme typique. La discordance est l'inscription dans le « corps psychique » de la dissociation, symptôme négatif.

L'insistance de H. Ey sur la *chronicité* du processus schizophrénique est indispensable à sa doctrine, car elle sous-tend la possibilité d'une réorganisation durable de la personnalité, à (autisme), et non à une seule dissolution passagère du « corps psychique ».

« En tant que pathologie du changement, l'évolution schizophrénique apparaît comme essentiellement vouée à cette forme de chronicité, c'est-à-dire la tendance à l'irréversibilité caractéristique de ce groupe de psychotiques qui ayant perdu la capacité de changer ajoutent à cette impuissance le besoin d'inverser le mouvement jusqu'à la refuser. Oui, telle est l'entropie à laquelle le processus schizophrénique livre le système de réalité. » (H. Ey, 1975)¹⁷⁹

Mais la notion de déficit, indispensable à l'organodynamisme, prête à discussion. La notion de déficit évoquait, déjà dans les années 70, la démence, l'incurabilité et l'asile. Si on se réfère aux travaux récents, il reste toujours bien difficile de faire la part des choses entre ce qui appartiendrait à un processus sui generis, aux effets du milieu ou des thérapeutiques. A la fin des années 70, apparaissent de nouvelles techniques, notamment à partir de l'imagerie cérébrale ou de l'étude du métabolisme des neuromédiateurs, et relancent les recherches sur ce point. La constatation de changements structuraux dans le cerveau des schizophrènes fait évoquer un « processus d'atrophie cérébrale » par E. C. Johnstone et T. J. Crow (1976). Le type I s'accompagnerait d'une augmentation des récepteurs à dopamine et le type II d'une perte cellulaire dans le cerveau. Ils représentent deux entités syndromiques séparées et qui répondent à des logiques causales différentes.

Toujours est-il qu'H. Ey soutient l'idée d'un noyau déficitaire dans la psychose dissociative. Cette idée nous semble héritée des accents kraepelinien de la théorie bleulérienne.

Plus récemment, Nancy Andreasen (1982), en se référant à T.J Crow surtout, redéfinit des « symptômes positifs » et « négatifs » dans une perspective néo-jacksonienne, aboutissant à la création d'échelles (PANSS et SANS). Selon elle, leur regroupement s'inscrit sur un continuum. Le modèle de N. Andreasen a bénéficié d'un effet de mode important pour être surtout employé maintenant **comme outil métrologique** dans les protocoles d'expérimentation de neuroleptiques. **On note au passage le rabattement de la pensée clinique vers la mesure qui s'est produite justement à partir de l'appui sur cette notion de déficit.** En fait ces auteurs ont essayé de distinguer ce qui serait de l'ordre d'un syndrome déficitaire cognitif - assez analogue au syndrome dissociatif d'E. Bleuler et de H. Ey - de stratégies d'adaptation (l'autisme selon H. Ey) et de conséquences des thérapeutiques. Cette finesse analytique a été engloutie par les « symptômes négatifs » de N. Andreasen.

¹⁷⁹ Ey H. (1975), *La notion de schizophrénie : Le séminaire de Thuir. Février-Juin 1975*. Paris, Bibliothèque neuro-psychiatrique de France, Desclée de Brouwer, 1977.

W. T. Carpenter, en 1988, avancera la notion d'un *syndrome déficitaire pur dans la schizophrénie*. Chez lui, il y a le souci de définir un syndrome déficitaire indépendant des effets des thérapeutiques, de la dépression ou du milieu ambiant. En somme en faire une caractéristique propre dans la schizophrénie. Ce syndrome aurait alors *une nature processuelle indépendante*.

Dans la théorie organo-dynamique, si les deux premiers principes jacksoniens demeurent invariants — dissolution et hiérarchie — il en formule au moins un autre : la dichotomie « symptomatologie négative » vs « symptomatologie positive », rapprochée de la dichotomie d'E. Bleuler, « symptômes primaires » vs « symptômes secondaires »

Sur le versant de la symptomatologie négative, H. Ey présente l'organo-dynamisme comme un organicisme : toutes les maladies mentales sont pour lui d'origine organique (« notre organicisme »)¹⁸⁰ et héréditaire. Sur le versant de la symptomatologie positive, il se réclame d'H. Bergson et de Maine de Biran mais à vrai dire, à mon sens, sans prendre en considération les remaniements imposés par la référence à Maine de Biran et à la question de l'« aperception ».

« C'est donc à la psychologie de Maine de Biran, à celle de Bergson que nous nous rallions. »
(H. Ey et J. Rouart, 1936, p. 267)¹⁸¹.

Dans le cas de la schizophrénie, il existe dans la symptomatologie des *signes négatifs*, dus aux conséquences directes du trouble – cette idée était déjà présente chez E. Bleuler : les symptômes primaires - et les signes positifs rendent compte des symptômes secondaires, défensifs. C'est une conception à plusieurs niveaux, où les entités s'organisent les unes par rapport aux autres et où le concept de repli, à travers l'autisme, a une place centrale. Pour lui,

« La schizophrénie ne commence qu'avec l'organisation autistique du monde et de la personne ».

¹⁸⁰ Même si la pathologie mentale ne se rabat pas sur celle du cerveau malade comme le souligne J. Garrabé cité plus haut.

¹⁸¹ J. Rouart, qui a rompu avec le néo-jacksonisme d'Henri Ey entre 1946 et 1955, au profit de la psychanalyse rejoint lors du colloque de Bonneval de 1946 (consacré à la genèse des maladies mentales) les critiques formulées par les psychiatres marxistes (L. Bonnafé et S. Follin).

L'autisme, la réorganisation défensive de la personnalité a pour H. Ey quatre caractéristiques : le délire, la rupture, la discordance et le déficit.

« Ainsi l'autisme est cette forme que prend la vie psychique pour se constituer en système de la personne et de son monde. Cette formule empruntée à la phénoménologie peut paraître difficile à comprendre. Elle est pourtant assez claire et simple. Un individu humain ne peut se définir comme « quelqu'un », comme « existant » en tant que « personne », que s'il se distingue des autres dans le même système de relations sociales, logiques et morales qui le constituent, pour les uns comme pour les autres, un monde commun à tous. Cette déformation de ce système de valeurs communes qui atteint la personne du schizophrène et de son monde, c'est ce que l'on appelle l'autisme. Peut-être personne mieux que J. Wyrsch (1949) n'a souligné de placer au cœur même de la schizophrénie ce monde aliéné (...)» (H. Ey, 1955, p216)

« L'autisme a pour conséquence la rupture avec autrui » (H. Ey, *ibidem*, p222) : En se retirant de cet espace commun qu'il partageait jadis avec autrui, le sujet perd son unité et « en perdant son unité, le Moi perd du même coup ses attaches avec les autres et avec les choses de la réalité et , de ce fait, il est, comme le Moi du rêve, irréel ¹⁸²» (H. Ey, *ibidem*, p228).

Là où E. Bleuler classe l'autisme parmi les symptômes secondaires, H. Ey en fait l'organisateur de la personne, du monde et du « destin schizophrénique » comme une issue au déficit de la dissociation.

« Le processus schizophrénique est destructeur : il imprime à la vie psychique sa condition d'infériorité et son évolution déficitaire : il est l'impuissance même qui altère le sujet... La personne et le monde schizophrénique réalisent encore et jusqu'au bout une condition d'existence humaine qui confère au délire autistique son sens, celui-là même, retrouvé, des problèmes initiaux de l'homme schizophrène. L'organisation du monde schizophrénique est une « solution » » (H. Ey, 1955, p314)

Tout comme chez H. Ey, c'est à partir du postulat organique que se construit la théorie d'E. Minkowski, très influencé quant à lui par H. Bergson, E. Husserl mais aussi les travaux d'E. Kretschmer sur la constitution schizoïde (E. Minkowski, 1927, p7).

La notion d'autisme, « destin du schizophrène » qu'H. Ey reprend d'E. Bleuler, E. Minkowski la complexifie et l'enrichie en le qualifiant mais en restant pris malgré tout dans une dichotomie binaire bleulérienne: il n'aboutit qu'à la distinction d'un autisme riche vs pauvre.

¹⁸² Je ne commenterai pas cette conception du Moi « irréel » dans le rêve selon H. Ey.

Il met l'accent sur la phénoménologie du contact du malade schizophrène et son rapport au temps, son être au monde. Il soutient les concepts de syntonie et de schizoïdie, d'hypersensibilité à l'ambiance (reprenant la notion de cycloïdie d'E. Kretschmer).

Ce qui prédomine pour E. Minkowski, c'est l'altération de la temporalité du schizophrène est altérée : Il sait où il se trouve, le « moi-maintenant » est intact, mais le « moi-ici » c'est-à-dire le temps vécu, la durée, fait défaut. **Il existe des difficultés dans l'éprouvé. Il faut souligner que quand E. Minkowski parle de « contact vital avec la réalité », il ne s'agit pas seulement de la seule possibilité d'un contact sensoriel avec l'ambiance, mais de la dynamique de ces contacts, c'est-à-dire tout ce qui fait le caractère vivant de la relation à autrui et le « sentiment d'harmonie avec la vie » (E. Minkowski, op. cit., p107). Ce qui est perdu, c'est le « dynamisme intime de la vie » et la voie thérapeutique passerait par la restauration d'un lien affectif du patient avec le monde.**

Dans une même logique, M. Dide et P. Guiraud ont vu dans l'athymhormie l'origine des états déficitaires.

C'est le rapport entretenu avec la vie qui signerait le symptôme et la maladie.

II) Autisme, Inhibition et désinvestissement du monde : Le narcissisme, point cardinal.

1. Le contact vital à la réalité, le rapport à la vie : mais de quel vivant parle-t-on ?

Ce qui frappe le clinicien dans le contact et le travail auprès de patients psychotiques chroniques, c'est le rapport qu'ils entretiennent avec leur monde ambiant et leur corps.

« Je pense au corps abandonné, psychiquement inhabité, de quelques schizophrènes, empaquetés dans des couches superposées de vêtements informes et malodorants. Car c'est plus souvent par l'odeur que l'organique fait retour, mais un organique qui ne se sait pas, qui ne se sent pas. Il ne s'agit pas de patients à la rue, en rupture de soin, mais engagés dans une relation thérapeutique durable. Le contraste n'en est que plus saisissant. Ni provocation obscène, ni jouissance masochique d'un corps maltraité, c'est insidieusement que l'organique s'impose, insaisissable par les mots. (...) La moindre expression du souci est vécue comme intrusion, empiètement, séduction. Il ne s'agit pas seulement de se garder de toute expression manifeste d'un

souci mais encore de creuser intérieurement un renoncement qui ne soit pas indifférence, réceptivité au rien en quelque sorte. En tout cas, si la question des rapports entre maternel et psychose a quelque pertinence elle est du côté du thérapeute. » (M. Girard, 2011, p1738).

La difficulté première est la pesanteur de l'existence, frein majeur à la mobilisation de soi dans la vie quotidienne comme sur la scène thérapeutique ou sociale. Toutes les actions les plus basiques de la vie quotidienne comme se laver, se nourrir, s'habiller, ranger ses affaires et les entretenir, sortir la poubelle etc. réclament des efforts et ne sont pas faits de manière naturelle ou spontanée. Les efforts pour rester dans un contact vivant avec le monde sont couteux et lourds si bien qu'ils sont souvent considérés comme de « mauvaise volonté » ou encore « fainéants » par leur entourage affectif le plus proche. Le monde et l'espace dans lesquels ils évoluent se retreignent aux limites de leurs possibilités d'investissement, soit très souvent au plus petit possible. Ils peuvent ainsi rester coucher, dans leur lit, tout le temps. Il s'agira alors de la mobiliser et de les contraindre parfois même, à investir le monde ambiant. Il s'agira de relancer l'habitation du monde, le dynamisme vital, le rapport vécu et donc affectif au monde. **On ne peut pas parler de rapport vécu ou affectif au monde sans accorder une place à ce qui permet ce contact avec le monde c'est-à-dire le corps. La vie ne se résume pas au fonctionnement des organes et du corps biologique.**

Selon H. Ey, le vivant est entendu comme une structuration progressive des schèmes adaptatifs nécessaires dans la confrontation avec le monde extérieur. Même si S. Freud reste ambigu sur ce point, il note tout de même que le vivant humain ne peut se réduire à une organisation uniquement adaptative, en tout cas de manière solipsiste. C'est le sens que revêt, il me semble, la fameuse note relevée et approfondie par D. W. Winnicott concernant les soins maternels : l'organisme vivant du nourrisson ne peut se maintenir en vie qu'en recourant aux soins maternels. La vie et l'organisation de la vie ne se fonde donc pas dans une structuration adaptative/ défensive mais dans le rapport dynamique (et pas seulement réactif) à l'objet.

« Dans sa description de l'appareil d'âme, description topico-énergétique, la psychanalyse reprend des concepts d'*apparence* biologique : excitation, qui serait même quantifiable ; réflexe, organisme, voire organisation interne, puisque le moi n'est pas seulement une structure, mais comprend des substructures ; maintien d'une constance, dont la plus notable serait l'homéostasie du moi ou du complexe des instances moiïques et idéales. Ce sont là des concepts sinon faux du moins très rudimentaires du point de vue d'une biologie moderne. Ce sac, cette amibe que serait le moi, qu'est le moi, n'a que des rapports lointains avec les mécanismes homéostatiques complexes qui régissent l'organisme humain. Le vivant interne, le moi, est un vivant rudimentaire, voire faux, l'image d'un vivant ; quelque chose qui se maintient constant contre ce qui métaphorise

les attaques extérieures, c'est-à-dire les attaques venant du monde interne, les attaques des pulsions. Mais cette fausse biologie intériorisée a sa raison d'être profonde car un organisme encore peu viable au début, celui du petit enfant, le vital doit être représenté, vicarié, suppléé. Il est une constatation après tout banale, celle que l'être humain peut se tuer, ou en tout cas accepter de mourir, pour un idéal. Il est une constatation plus psychanalytique, c'est que pour vivre aussi et pas seulement pour mourir, il a besoin d'aimer, il lui faut une raison de vivre qui soit l'amour, une pulsion de vie que Freud dénomme Eros. Aimer pour vivre, aimer l'autre, mais aussi s'aimer pour vivre un peu plus autonome, un peu à l'écart des vicissitudes de l'amour de l'autre. (...) pour s'aimer, pour aimer à vivre, pour aimer se faire vivre, il faut être vivant ou être à l'image d'un vivant. » (J. Laplanche, 1987, op. cit., pp 51-52)

La vie humaine ne peut se définir qu'en lien avec la vie libidinale. Et c'est précisément cette définition de la vie et du vivant humain qui fait défaut dans cette psychiatrie du début du XXème siècle. E. Minkowski est allée plus loin sur la question mais en ne maintenant la référence ni à ce que serait un « corps psychique » comme chez H. Ey, ni au corps érotique de la psychanalyse. Il y a là une discussion manquée entre psychiatrie et psychanalyse.

Et c'est avec l'introduction du narcissisme que la vie trouve un fondement métapsychologique : être vivant, c'est aimer et on ne peut aimer que parce qu'on a été soi-même objet d'amour. Le narcissisme ne se conçoit qu'en lien avec l'objet. La vie n'est pas seulement le résultat d'une organisation du vivant biologique mais aussi celui des rapports érotiques entretenus avec le monde et les choses du monde, à commencer par le corps propre. La vie ne s'entend qu'en lien avec l'amour de soi, l'estime de soi et le narcissisme.

2. L'introduction du narcissisme, renouvellement de la théorie des psychoses en psychanalyse.

Le modèle psychanalytique est, du point de vue historique, le premier à traiter de la question du retrait de l'investissement du monde des objets à l'âge adulte et de la psychose par un abord psychopathologique du **désinvestissement libidinal**. Les termes de retrait libidinal ou de repli évoquent l'idée d'un dynamisme de la vie mentale, d'un mouvement et d'une action, fut-elle défensive. La conception freudienne du retrait du monde extérieur, du repli des investissements sur le Moi et la conception de l'autisme d'E. Bleuler ne se superposent pas. Si la psychanalyse soutient une conception essentiellement libidinale, l'autisme d'E. Bleuler est

un mode de pensée. Pourtant, il n'y a de rupture entre les deux perspectives si on soutient une théorie de la pensée liée à la libido (chapitre II et IV).

Le terme de narcissisme apparaît pour la première fois sous la plume de S. Freud en 1910 à propos d'un type de choix objectal particulier, le choix d'objet homosexuel de L. de Vinci. Dans ce texte, S. Freud entendait explorer les caractéristiques du « génie » de Léonard. Il tente d'expliquer par quelles voies il en était venu à investir à ce point la pensée et le travail scientifique (la sublimation), ce qui dans son histoire infantile l'aurait conduit vers un tel destin.

« Il trouve ses objets d'amour dans la voie du narcissisme » (S. Freud, 1910, p119)

Cette question des liens entre libido homosexuelle, libido narcissique et pensée¹⁸³, il la reprend d'une certaine manière en 1911 à propos de la psychose (S. Freud, 1911 b.). Il affirme alors que le narcissisme est un stade de passage de l'autoérotisme à l'amour objectal dans l'évolution de la libido.

« Des investigations récentes ont attiré mon attention sur un stade par lequel passe la libido au cours de son évolution de l'autoérotisme à l'amour objectal. On l'a appelé stade du narcissisme ; je préfère quant à moi, le terme de narcissisme. Ce stade consiste en ceci : l'individu en voie de développement rassemble en une unité ses pulsions sexuelles qui, jusque là, agissaient sur le mode autoérotique, afin de conquérir un objet d'amour, et il se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps, pour objet d'amour avant de passer au choix objectal d'une autre personne. » (S. Freud, 1911 b., op. cit., p306)

S. Freud fait du retour à l'autoérotisme le mécanisme de la démence précoce :

« La régression ne se contente pas d'atteindre le stade du narcissisme (qui se manifeste dans la paranoïa par le délire de grandeur), elle va jusqu'à l'abandon complet de l'amour objectal et au retour à l'autoérotisme infantile. La fixation prédisposante doit, par la suite, se trouver plus loin en arrière que dans la paranoïa, être située quelque part au début de l'évolution primitive qui va de l'autoérotisme à l'amour objectal » (S. Freud, 1911 b., p 320)

C'est d'ailleurs ce qui la distingue de la paranoïa :

« Les paranoïaques possèdent une fixation au stade du narcissisme, nous pouvons dire que la somme de régression qui caractérise la paranoïa est mesurée par le chemin que la libido doit parcourir pour revenir de *l'homosexualité sublimée au narcissisme*. » (S. Freud, 1911 b., op. cit., p316)

¹⁸³ Si on considère que la psychose se caractérise par des troubles de la pensée... mais S. Freud ne fait pas de manière aussi explicite ce lien dans son texte.

La psychose se fonderait donc sur une fixation-régression à un stade allant de l'autoérotisme au narcissisme et par l'abandon de l'amour objectal. Ces pistes, il les reprend trois ans plus tard.

Le texte de 1914 représente un tournant, une révolution métapsychologique car il va permettre l'investigation des champs laissés en souffrance par la première théorie des pulsions, en particulier les psychoses.

Dans *Pour introduire le narcissisme*, S. Freud ne vise pas en premier lieu l'étude des psychoses et en particulier celle de la schizophrénie (qu'il préfère nommer paraphrénie, marquant ainsi sa divergence avec E. Bleuler) même s'il affirme que ce serait là la voie royale pour l'étude du narcissisme « normal ». Son objet reste la libido et ses destins. Aux cotés de la libido d'objet et l'investissement du monde extérieur, S. Freud y adjoint la libido qui prendrait le Moi comme objet soit de manière « primaire » comme chez le jeune enfant, soit de manière « secondaire » en tant que « retirée au monde extérieur et apportée au Moi » comme dans les névroses et les psychoses. Ce processus de « détournement de l'intérêt pour le monde extérieur », du « désinvestissement », S. Freud l'avait largement approché dans la clinique des névroses de transfert mais **ce que la clinique des psychoses apporte en plus, c'est la suppression de la relation érotique aux choses et aux personnes dans substitution dans le fantasme ; la suppression de l'investissement objectal. Jusqu'alors S. Freud avait soutenu que la névrose impliquait un retrait du monde extérieur ne raison d'une frustration pulsionnelle (perte de l'amour de l'objet, de l'objet lui-même ou encore une incapacité à satisfaire les exigences pulsionnelles de l'objet) mais dans ce cas, une relation érotique aux objets est conservée. Les investissements sont encore des investissements d'objet et non pas les investissements narcissique ou de soi comme dans la psychose. Dans la schizophrénie, c'est le retrait de la libido des objets extérieurs et le reflux de cette libido vers le soi qui donne lieu au narcissisme pathologique. Ce narcissisme est dit secondaire car il est d'abord dirigé vers des objets externes mais arraché à ces derniers, il revient vers le Moi.**

Dans la psychose, le rapport érotique au monde est supprimé ; la libido n'a pour choix que de revenir sur le Moi, d'investir le Moi de manière secondaire et défensive, c'est le narcissisme secondaire. Cette défense aurait alors pour but, de rester vivant, de préserver la subjectivité ce qui ne peut se faire que dans la conservation d'un objet et d'un monde.

« Si l'on tient compte du rôle du narcissisme primaire au sein des forces qui maintiennent la cohésion de l'ensemble psychosomatique, on comprend que se dessaisir de ce narcissisme au profit de l'objet puisse être vécu par certains sujets comme une menace à leur propre vie. Le retrait libidinal sur le sujet (narcissisme secondaire) serait une tentative de sauvegarde pour retrouver les qualités ineffables du narcissisme primaire qui permet l'adhésion à la vie. Ce mouvement de repli favoriserait le sentiment d'être vivant, le sentiment d'unité et de complétude. Considéré ainsi, le narcissisme primaire prend sens en fonction de la forme différenciée du narcissisme qu'est le narcissisme secondaire » (S. Freud, 1914, op. cit., p98)

Le désinvestissement pulsionnel des objets du monde extérieur aurait donc une fonction défensive – il serait donc issu d'un mouvement dynamique réactionnel lié à un conflit - même si comme S. Freud le note, il pouvait aussi être provoqué par *des défauts intervenants dans le fonctionnement du Moi*. Dans la psychose, le délire serait une tentative de guérison, c'est-à-dire une tentative pour maintenir malgré tout un certain investissement d'un monde :

« la stase de la libido dans le moi devient pathogène et met en branle le processus de guérison qui nous en impose pour la maladie » (S. Freud, 1914, op. cit., p92)

Pour restituer des liens à l'autre, il y aurait une forme de réinvestissement mais qui se ferait sur des objets imaginaires, recréant ainsi un monde à côté de la réalité (conception très proche de ce l'autisme d'E. Bleuler).

Dans le même texte, S. Freud dégage la notion de narcissisme d'un lien avec le registre du pathologique – il y parle de sa Majesté le bébé et de l'amour de l'autre - pour postuler un investissement originaire du Moi, « le narcissisme primaire », préalable à toute différenciation entre le sujet et l'objet c'est à dire un stade normal et originaire d'organisation de la vie subjective. La sexologie au tournant du siècle voyait dans le narcissisme une perversion, « le comportement par lequel un individu traite son propre corps de façon semblable à celle dont on traite d'ordinaire le corps d'un objet sexuel » (S. Freud, 1914, p81). S. Freud y voit le « complément à l'égoïsme de la pulsion d'autoconservation » (S. Freud, 1914, p82.), la contribution libidinale à l'investissement de soi et à l'attachement à soi. Alors que les pulsions sexuelles étaient distinguées des pulsions du Moi ou d'autoconservation... l'introduction du narcissisme imposa alors une révision de la théorie des pulsions. A plusieurs titres, le texte de 1914 est annonciateur d'une seconde partie de l'œuvre de S. Freud. On y lit les premières occurrences de la seconde topique¹⁸⁴, de la seconde théorie des pulsions et de la théorie sociale qu'il tentera de

¹⁸⁴ S. Freud ne parle pas encore de Surmoi mais il pose déjà l'hypothèse d'une instance d' « auto-observation » en lien avec l'idéal du Moi qui préfigurerait la figure du Surmoi définie en 1923.

construire en 1921¹⁸⁵. Juste après, et tirant les fils du texte de 1914, il introduira en 1917 la notion d' « identification narcissique » comme noyau central de la psychose mélancolique.

Dans ce texte, il considère le Moi comme le « grand réservoir » de la libido (en 1923, ce sera le Ça) qui ne sera alors qu'en partie seulement envoyée vers les objets. **L'investissement de soi serait donc originaire et constant alors que celui des objets n'en serait que dérivé. L'amour de l'autre dérive de l'amour de soi dans une balance économique constante. Avec ce texte, le narcissisme n'est pas seulement un temps du développement psychosexuel mais une constante structurale de la libido.** L'amour de soi-même serait même un principe d'organisation identitaire pour R. Roussillon (Conférence tenue à Dijon en 2014).

Situé entre l'étape autoérotique et l'orientation objectale, le narcissisme représente une étape cruciale dans la construction subjective et identitaire. Aux côtés de « la femme qui lui donne ses soins », l'être humain a un second objet sexuel originel : lui-même. La construction subjective et identitaire à partir de 1914 se fait non seulement dans un rapport à l'objet mais aussi dans un rapport à soi. **L'objet sexuel originaire (et non primaire) face auquel se structure (et se déstructure l'identité) est complexe : fait d'un autre et de soi-même. L'amour à ne pas perdre est certes celui d'un autre mais aussi celui de soi.**

Les premiers objets sexuels de l'enfant sont ceux qui prennent soin de lui, s'occupent de lui et lui donnent la possibilité de ressentir de la satisfaction et du plaisir. Les toutes premières satisfactions auto-érotiques sont liées à des fonctions vitales, de sorte que ces satisfactions servent aussi l'autoconservation. Le choix d'objet en découlant est donc dit « par étayage ». Ce type de choix d'objet peut perdurer à l'âge adulte. Mais à ses côtés, il peut aussi y avoir un autre type de choix d'objet, dit narcissique. Cette introduction du narcissisme faisant du sujet un objet de son investissement libidinal a complexifié la théorie des relations objectales en ajoutant aux côté du « choix d'objet par étayage », le « choix d'objet narcissique ».

Dans ce type de choix d'objet, on aime « ce qu'on a été, ce que l'on est, ce que l'on voudrait être, la personne qui a été une partie de soi » (S. Freud, 1914, p95). Ce type de choix d'objet serait lié au développement pubertaire et à l'actualisation des potentialités sexuelles de l'individu :

¹⁸⁵ Dans le dernier paragraphe de son texte, S. Freud s'arrête sur les notions de libido homosexuelle fondant le lien à l'autre semblable mais aussi la teneur sociale de l'idéal du moi et le rôle tenu par l'idéal dans le lien social. Ces pistes seront reprises et creusées dans le texte de 1921 mais aussi en 1927 puis en 1929.

« Il s'installe, en particulier dans le cas d'un développement vers la beauté, un état où la femme se suffit à elle-même, ce qui la dédommage de la liberté de choix d'objet que lui conteste la société » (S. Freud, 1914, p94)

Ce type de choix serait donc prévalent chez les femmes nous dit S. Freud même s'il serait absurde de dire que toutes les femmes, toute leur vie seraient « narcissiques ». Elles accèdent au choix d'objet d'objet, notamment par la maternité : « L'enfant qu'elles mettent au monde comme une partie de leur corps qui se présente à elle comme un objet étranger, auquel elles peuvent maintenant, en partant du narcissisme, vouer le plein amour d'objet » (S. Freud, 1914, p 95) ou dans la « continuation de l'être garçonnier qu'elles étaient elles-mêmes autrefois » (S. Freud, 1914, p95). Ce faisant, S. Freud ouvre la question du genre, mais en l'absence d'une théorie des rapports sociaux de domination, il ne peut que la mentionner sans aller plus loin. En 1927 (chapitre précédent) dans *L'avenir d'une illusion*, il reprendra à nouveau cette pistes mais de nouveau, sans en considérer les implications. Pour expliquer ces apories, nous avons déjà apporté un élément de réponse en chapitre précédent: le lien social est pensé par S. Freud par la voie de l'identification infiltrée de libido homosexuelle mais sans faire de place à une étape préalable elle du côté de l'autre, celle de l'assignation.

Le narcissisme ne se confond pas avec l'autoérotisme. Il représente un stade libidinal ultérieur nécessaire à l'amour de l'autre, par le passage par l'amour pour son propre corps. Cet amour pour le corps propre participe du même mouvement que l'investissement de ce dernier comme source de plaisir, et débouchant sur l'estime de soi. Ce destin libidinal est la pierre angulaire de la vie psychique et de la santé. il est au carrefour entre le registre du pathologique et celui du fonctionnement « sain ».

L'investissement des objets du monde passe donc par un investissement du corps propre par le Moi mais si les pulsions autoérotiques existent depuis l'origine, le Moi - l'objet de l'investissement libidinal dans le narcissisme- n'est pas présent d'emblée et doit subir un développement :

« Quelque chose doit donc s'ajouter à l'autoérotisme – une nouvelle **action psychique** – pour donner forme au narcissisme. » (S. Freud, 1914, p84)

Le narcissisme, l'investissement et l'amour de soi dépendraient étroitement d'une rencontre avec un autre et de l'action de cet autre c'est-à-dire des qualités de la rencontre primaire.

3. Narcissisme et traumatisme : Persistance de la perspective déféctologique en psychanalyse. Le modèle proposé par R. Roussillon.

Le texte de 1914 s'ouvre sur la dynamique libidinale défensive que représente la psychose : le sujet retire du monde ses investissements. Cette libido retirée du monde est apportée de manière secondaire au Moi. La question qui se pose alors consiste à se demander pourquoi des patients psychotiques adultes semblent avoir eu jusqu'à l'adolescence une vie adaptée et asymptomatique. Postuler une telle organisation défensive amènerait à soutenir l'hypothèse soit de la rencontre d'un danger dans le monde extérieur soit celle d'un traumatisme survenu à une étape très précoce du développement de l'enfant, silencieux jusqu'à un second temps, qui survenant bien des années plus tard, vient révéler dans l'après coup la potentialité pathogène du premier événement. C'est cette seconde hypothèse que soutient R. Roussillon. Le traumatisme en question aurait à voir avec la constitution du narcissisme. La psychose résulterait d'un traumatisme dont le premier temps se situerait à un stade très précoce de développement, celui où se constitue le soi. Ce traumatisme primaire serait « compensé ». Il ne décompenserait que par l'intervention d'une seconde expérience du même type imposant au sujet de recourir à la même stratégie défensive ultime de la subjectivité, le clivage. La décompensation se constituerait donc sur fond d'expérience traumatique.

L'introduction du narcissisme était le maillon nécessaire à l'approche des souffrances narcissiques et identitaires en psychanalyse. Dans le texte freudien de 1914, il est précisé que le narcissisme ne s'envisage pas uniquement sous l'angle de la défense mais également sous l'angle d'un *défaut de constitution psychologique*, idée héritée de H. Jackson. Ce *défaut de constitution psychologique* poussa les psychanalystes à étudier la manière dont le narcissisme se construit mais aussi les facteurs impliqués dans une déstructuration narcissique.

Le modèle que propose R. Roussillon s'appuie sur l'hypothèse d'une organisation défensive mise en place pour faire face à un « *traumatisme primaire clivé* » intervenu à une époque de grande immaturité du Moi et faisant courir à la subjectivité le risque permanent de son retour. La psychose dissociative se comprend au regard d'une « expérience de terreur agonistique » vécue et face à laquelle, pour survivre, le sujet a dû se cliver d'une partie de lui-même.

Ces expériences psychiques, échappant au refoulement restent cependant inconscientes et affectent le narcissisme. Le Moi se constituerait sur la base de la réflexivité opérée par la Mère et la psychose serait un « trouble identitaire de la réflexivité » (R. Roussillon, 1999 c., op. cit. p139) affectant la capacité du sujet de se sentir lui-même.

Pour R. Roussillon, le déplaisir peut être une expérience originaire car les besoins du Moi ne s'étayent pas sur les besoins vitaux du corps. Les besoins organiques, les pulsions auto-conservatrices peuvent être satisfaites tout en laissant la possibilité d'une expérience de déplaisir. R. Roussillon ne maintient pas la référence à la théorie freudienne de l'étayage au profit de celle des « besoins du Moi ».

« Peut-être faudrait-il abandonner le concept d'étayage qui reste trop longtemps marqué par ses origines, et est source tant dans la seule figure du « soutien » qu'il promet, que dans l'appui qu'il a trouvé du côté du besoin corporel au détriment souvent des « besoins du Moi » (D. W. Winnicott) ou des conditions de possibilité de la symbolisation et de la subjectivité. Ces derniers ne requièrent pas que du « soutien », de « l'étayage », de la part de l'environnement, à moins de donner à ces termes une extension considérable et d'en faire la métaphore de l'ensemble des conditions de possibilité de l'activité représentative. » (R. Roussillon, 1997, p400)

Toutefois, il me semble que cette idée nécessite quelques nuances car l'expérience clinique montre que chez le nouveau-né et le nourrisson, les désirs n'apparaissent et ne se maintiennent qu'à la condition que les besoins du corps organique, physiologique, aient été satisfaits.

Et pour qu'il y ait besoins du Moi, au moins concomitant aux besoins du corps biologique, organique, d'où provient ce Moi ? Pour qu'il y ait traumatisme primaire et vécu d'agonie, il faut bien considérer une instance qui les vive et les éprouve... Si on considère un vécu de mort psychique, ne faut-il pas considérer qu'il est précédé d'un vécu de vie ? Si on considère que le Moi ne dérive pas du corps organique et matériel, comment se constitue-t-il ?

Le Moi est présent d'emblée ou en tout cas très tôt et qu'il émerge dans la relation, dans l'intersubjectivité et non du corps.

« Tout ce que nous savons à l'heure actuelle sur la vie psychique des bébés porte à penser que les bébés ont, au moins à certains moments et en partie, des attentes à l'égard des réponses et des qualités relationnelles de celles-ci, qu'ils doivent ou peuvent rencontrer en regard de leurs élans et mouvements pulsionnels propres. C'est cet ensemble d'attentes en particulier dans leurs vertus relationnelles qui représente, c'est l'hypothèse que je propose, le « maternel » premier, la première proto-représentation du maternel « pour un bébé » et le fond du concept maternel à l'aune duquel les mères futures seront « évaluées ». » (R. Roussillon, 2011, p1499)

Dans cette perspective, le bébé disposerait de préconceptions, des proto-représentations concernant le maternel (ce que W. R. Bion appelait des éléments bêta) et en fonction desquels s'organisent les premières expériences de satisfaction et de « déception ». **Car si on postule**

des conceptions préexistantes à la rencontre elle-même, il ne s'agit plus de penser en termes de plaisir/déplaisir mais en termes de satisfaction/déception. Elle se structurerait donc avant tout autour d'une image conditionnant la valence affective des éprouvés et dépendraient d'un jugement, de l'évaluation par l'enfant de l'action menée par l'adulte maternel. Les représentations de l'objet préexisterait à sa reconnaissance¹⁸⁶. Soit mais l'activité d'évaluation dépend bien d'une pensée... est-elle aussi préexistante ?¹⁸⁷

Le Moi se constituerait donc moins sur la base d'un rapport de soi à soi par l'intermédiaire du corps propre comme le soutient par exemple Maine de Biran que dans la relation dans l'identification à une image de soi renvoyée par l'environnement premier. Pour R. Roussillon, dès les premiers temps de la vie, le bébé est en quête d'une image de lui-même, de ses ressentis, de ses sensations.

« L' « objet maternel premier » a donc une fonction réflexive des états psychiques du bébé ; « fonction réflexive dans laquelle le bébé va puiser l'expérience du développement de sa propre fonction réflexive future essentielle dans sa régulation narcissique. C'est quand elle est en faillite que l'enfant est en bute à l' « ombre de l'objet » et qu'il tend à incorporer l'objet premier » (R. Roussillon, 2011, op. cit., p1503).

« Le noyau mélancolique, dont nous sommes maintenant plusieurs à faire le cœur des souffrances et pathologies narcissiques-identitaires, ne résulte pas d'une perte d'un maternel rencontré et perdu, comme il est souvent avancé, mais bien plutôt d'un échec de la rencontre d'une *réponse suffisamment conforme au maternel attendu*. [je souligne]» (R. Roussillon, 2011, op. cit., p1500)

La construction de la subjectivité serait d'abord et avant tout réflexive et spéculaire. La capacité à être affecté dans son corps dépendrait de la constitution de la réflexivité, dans le commerce avec l'autre. Le sens des éprouvés, les « informations fiables sur elle-même » (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., p139) reçues par la psyché, c'est l'autre qui les attribue. Or ce sont ces « informations fiables » qui permettent à la psyché de traiter les problèmes afférents aux relations avec les différentes composantes de son environnement interne et externe.

¹⁸⁶ Sur ce point précis, on pourrait faire un lien avec la perspective de D. Jodelet (chapitre I et II).

¹⁸⁷ Il faut tout de même pointer au passage les implications qu'une telle conception du Moi suggère : dans cette perspective, on peut faire reculer de manière quasi indéfinie le point originaire de la naissance de la subjectivité, y compris la situer avant la naissance. Cela peut avoir des implications d'éthique médicale : à partir de quand peut-on parler d'un sujet ? Est-ce à la naissance, in utero et alors à quel moment le fœtus devient-il un sujet ? Comment qualifier la subjectivité dans le domaine de la grossesse pour autrui ? Appartient-il à la psychanalyse de pouvoir dire quelque chose là-dessus ? Ce sont là des débats importants mais trop complexes pour trouver ici une réponse. Je ne peux faire que les pointer.

Pour lui, au centre du vécu subjectif de la psychose, on trouve une « expérience de terreur agonistique inélaborée et contre laquelle l'ensemble de l'appareil psychique s'est construit » (Ibidem, p 140). Ces expériences, pour être élaborées¹⁸⁸, nécessitent le concours de l'environnement car dans de telles circonstances, la seule possibilité de réponse autonome du sujet, c'est l'évacuation de ce vécu du déplaisir originaire. L'environnement doit aider à la représentation et à la symbolisation intégrative de l'expérience c'est-à-dire étayer la « fonction réflexive » en souffrance. Le Moi ne se conçoit donc que dans la relation à un « Moi auxiliaire », du côté de l'environnement maternel, détenteur exclusif des clés du destin psychique de l'enfant.

Face à cette « expérience de terreur agonistique », le sujet n'a d'autre choix pour survivre que de se retirer de la scène de l'expérience en se clivant de sa propre subjectivité. Une part essentielle de cette expérience est ainsi rendue étrangère à lui-même ; une « partie de la subjectivité a été sacrifiée » afin de protéger l'essentiel et pour rester vivant.

« Le modèle est celui du sacrifice de la partie pour protéger le tout – faire la pare au feu – le déficit est directement connecté aux articulateurs symboliques, c'est le *déficit « sacrificiel »*. Cependant l'on peut se demander pourquoi le moi a recours à une défense aussi coûteuse. On peut avancer plusieurs hypothèses, celle d'un échec du refoulement, d'une insuffisance de la symbolisation, de l'impact d'un traumatisme. Mais ce qui apparaît alors, c'est en quelque sorte *qu'un déficit peut en cacher un autre*, d'une autre nature. Le modèle du sacrifice d'une partie pour protéger le tout reste pris dans une rationalité secondarisable et pensable dans une logique du compromis. Les organisations psychotiques confrontent à certaines formes extrêmes d'inhibition ou de déficits organisés défensivement qu'il revient à Winnicott d'avoir rendu intelligibles.» (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., p154-155)

Ce premier temps du traumatisme, l' « expérience de terreur agonistique » n'ouvre pas encore le processus pathogène. En soit, des reprises des éléments clivés peuvent se faire. le processus ne devient pathogène que dans la survenue d'une seconde scène traumatique. **Il a fallu au sujet rencontrer en lieu et place d'un environnement « facilitateur » de l'élaboration de ses expériences traumatiques primaires, un autre type de réponse bloquant et enkystant toute tentative de symbolisation. C'est ce traumatisme**

¹⁸⁸ Pour R. Roussillon, ces expériences ne sont pas par nature inélaborables comme le seraient les constituants de l'inconscient a-mental de C. Dejours. Seulement elles ne peuvent l'être sans le concours de l'autre avec lequel une relation est mise en place. Elles ne se constituent comme matière pour la pensée que dans le cadre d'un contexte relationnel avec un objet externe. Si elles ne se constituent pas comme telle, c'est parce qu'elles ne se sont pas inscrites sur un fond relationnel. Il n'y aurait pas de source objectale interne à la pensée ou plutôt, les objets internes ne peuvent se constituer et devenir source, matière à la pensée que dans le cadre d'une relation objectale externe déjà établie.

secondaire¹⁸⁹, provoqué par la réponse inadéquate de l'environnement et inhibant le processus évacuateur¹⁹⁰, qui a amené le sujet à opter pour les défenses utilisées lors de l'expérience primaire, à répéter le « retrait affectif et subjectif de l'expérience vécue ».

« Au désespoir de soi produit par le traumatisme primaire s'ajoute le « désespoir de l'autre » issu du traumatisme secondaire (...) S'organise alors un noyau de culpabilité primaire, un vécu de « mauvais-être » qui se présente comme un destin inéluctable, une forclusion de la capacité à devenir sujet de sa vie et de son identité.» (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., p 147)

Ce traumatisme, intervenant dans la constitution identitaire et dans les temps de la mise en place de la réflexivité, fonde l'identité pour R. Roussillon (2008 a.), autour d'un sentiment de « culpabilité primaire¹⁹¹ » (1999 b.) lié à ce que le sujet voit qu'il est pour l'autre, image de lui auquel il s'identifie de manière indéfectible et violente. Le sujet ne pourra devenir que le « mauvais être ». Cette culpabilité entraînerait un « déficit subjectif ». le traumatisme secondaire serait lié à une identification narcissique au mauvais, une identification pathogène somme toute proche de la question mélancolique. Ce déficit subjectif serait hypostasié par les réponses défaillantes de l'environnement face aux tentatives primaires d'évacuation du vécu agonistique que le sujet effectuerait. Il serait le reflet que le sujet voit de lui - et qu'il intériorise comme étant lui -au travers des qualités de réponses fournies par l'environnement primaire.

Cet état où on ne se sent pas, où on ne sent pas à partir de certaines parties de soi et qui laisserait à penser à un défaut de constitution du corps érotique (attention, le terme n'apparaît pas sous sa plume), R. Roussillon le réfère à un « traumatisme primaire clivé » et non à un « défaut de constitution » ni un « défaut de fonctionnement » ou de la construction de la faculté de se sentir, de ressentir.

Si défaut de constitution il y a, c'est du côté de l'environnement défaillant et confusionnant : C'est un défaut de constitution d'une réponse adéquate à des attentes et besoins d'un enfant. R. Roussillon n'explique pas ce qui du côté de ce dernier le pousserait à répondre d'une telle façon. **Dans cette perspective, la psychose resterait une affaire de « mauvaise rencontre »**

¹⁸⁹ Car effectivement R. Roussillon parle de traumatisme secondaire et non de deuxième temps du traumatisme...

¹⁹⁰ Dont on peut supposer que R. Roussillon le pense en terme de liaison et non de traduction.

¹⁹¹ Je ne reprends pas les développements de l'article de 1916 de S. Freud, déjà cité, sur lequel cette hypothèse se fonde.

généralant un déficit dans la construction narcissique et des capacités d'élaboration, de mentalisation, de symbolisation.

Pourtant R. Roussillon le précise, le modèle qu'il propose n'est pas celui d'une psychose envisagée comme simplement une organisation défensive face à une angoisse débordante. Pour lui, la défense (le clivage de la subjectivité) serait une réaction secondaire à l'expérience de « terreur agonistique ». A ce noyau organisateur traumatique et déficitaire (le traumatisme provoque l'échec du processus élaboratif), il faut adjoindre deux autres processus structuraux : l'influence persistante de « l'impératif de symbolisation » parfois contre la réalité elle-même (et alors débouchant la solution délirante) et « l'intériorisation de la paradoxalité identitaire » (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., p 147) c'est-à-dire ce qu'il a appelé les « défenses paradoxales » (R. Roussillon, 1991).

« La seule « issue » va alors être de s'organiser non pas en étayage sur l'expérience, c'est-à-dire à partir de son intégration, mais au contraire contre l'expérience et tout ce qui peut la rappeler ou la réactiver. (...). Cette ébauche d'un modèle du noyau organisateur de la psychose ne serait pas complète si elle n'était pas articulée à deux processus eux aussi fondamentaux de cette organisation défensive. Le premier est lié à l'intériorisation de la paradoxalité identitaire, il est caractérisé par les processus de retournements, mais cette fois s'opérant à un niveau structural et non plus jouant, comme précédemment à un niveau processuel. (...) ainsi – c'est ce que j'ai proposé de nommer les défenses paradoxales – le sujet tentera-t-il d'organiser activement pour lui-même ou à l'encontre des autres ce qu'il craint le plus à subir passivement. Par exemple il pourra être tenté de se tuer pour éviter d'être confronté au retour interne et incontrôlable d'un vécu de mort psychique, il tentera de détruire tous les liens qu'il entretient avec ses objets pour se protéger d'un retour d'une perte de lien agonistique antérieure, etc. » (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., pp147-148).

La neutralisation du retour du clivé par une restriction des investissements et « l'état du manque dégénératif qui l'a accompagné » entraînent un « *appauvrissement du Moi*¹⁹² » (R. Roussillon, 1999 a., pp25-27).

Selon R. Roussillon, il faut objectivement faire une place au déficit au sein de la psychose mais un déficit qui trouverait sa place dans l'économie transférentielle. Il ne s'agirait donc que de prendre acte de cet état de déficit comme une forme identificatoire à partir de laquelle le sujet psychotique a du se construire. Si forclusion il y a, elle n'est pas structurelle mais « processuelle » (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., p 153). Elle ne doit pas entériner une structure

¹⁹² Notion reprise du texte de S. Freud de 1914.

psychique irréversible mais marquer un fait clinique. Le signe, le témoignage de l'histoire de la construction subjective précoce du sujet.

« Si en théorie un déficit peut être/ doit être reconnu comme objectif, en pratique il est bon que tout soit fait pour qu'un jour il puisse être interprétable comme une défense subjective. » (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., p 154).

Je note au passage que R. Roussillon ne critique pas, à la suite d'autres –je pense évidemment au concept de *forclusion* chez Lacan, déjà présent chez S. Freud (1918)¹⁹³, de *gap* chez D. W. Winnicott etc. – cette question du déficit. Le modèle proposé par R. Roussillon introduit l'espace de le penser, mais au prix d'une dissociation entre pratique et théorie car la notion de déficit est **critiquable en pratique** pour R. Roussillon.

Si on est contrainte de prendre en compte les différentes qualités des « réponses » de l'environnement dans l'organisation de la psychose, il nous paraît toutefois discutable, au regard de la clinique, d'une part de ne pas accorder de place prépondérante au « génie propre de l'enfant » dont la source est à penser du côté de l'utilisation qu'il fait de son corps propre (voir chapitre précédent) c'est-à-dire en lien avec la sexualité infantile. D'autre part, le modèle du traumatisme convoqué appelle inévitablement en réponse thérapeutique non seulement l'accompagnement à l'élaboration et la symbolisation mais aussi d'une certaine manière une forme d'abréaction expérientielle : Ce qui resterait en bout de course thérapeutique, c'est de rejouer l'expérience tout en offrant au patient le Moi auxiliaire dont il n'a pas pu bénéficier dans le passé. C'est là une question épineuse car elle conduit à penser les conditions de la fin de la prise en charge et du soin. Si le modèle du traumatisme donne des clés pour comprendre ce qui a pu constituer le déclenchement d'un processus pathogène, on ne comprend pas à partir de lui seul comment la psyché peut se retrouver un fonctionnement sain. En substituant à la question de l'originaire celle du primaire, il me semble que le modèle du traumatisme comporte des limites.

A penser la psychose à partir d'un « déficit narcissique » (R. Roussillon, 1999 c., op. cit.), même processuel comme le suggère R. Roussillon, on n'évite pas l'écueil sur le plan de la pratique de la dépendance irréversible du sujet estimé « en moins » du côté de la solidité narcissique par rapport à l'objet et à l'espace thérapeutique.

¹⁹³ Voir à ce propos, Debout F. (2010), *Préface à l'Homme aux loups* de S. Freud (1918), Paris, Payot, pp7-36.

Selon R. Roussillon, pour qu'une relance du processus élaboratif et représentatif puisse voir le jour, il ne faut pas seulement un environnement « suffisamment bon » mais « thérapeutique ».

« L'intégration de la destructivité suppose en plus que l'objet qu'elle vise – au moins dans ses phases premières – se transforme activement en réponse au mouvement pulsionnel pour rétablir le contact avec la créativité du sujet, et lui permettre ainsi de retrouver l'espoir dans sa capacité de créer. S'il n'en va pas ainsi, le sujet en proie à un vécu de destruction qu'il ne peut juguler n'a d'autre ressource que de disqualifier ou de redoubler son mouvement destructeur. » (R. Roussillon, 1999 b., op. cit., p 90)

Mais plutôt que penser l'impossibilité à se sentir et à ressentir comme la conséquence d'une expérience précoce traumatique que des seules « conditions thérapeutiques précises » pourraient permettre de réélaborer (R. Roussillon, 1999 c., op. cit., p 145), ne pourrait-elle pas constituer le point de départ, d'amorce, d'engagement du processus thérapeutique ? Notre clinique auprès des familles d'accueil thérapeutique nous apprend que c'est dans les conditions de vie ordinaire que se trouvent des leviers thérapeutiques importants.

Si ce sont des conditions de l'environnement qui permettent la relance du processus élaboratif, le travail mené par le sujet psychotique passe au second plan, le travail psychique, le travail de transformation ne peut être que du côté de ce qui constitue l'environnement. Ce serait la relation à un « objet médium malléable » qui permettraient de relancer le travail psychique. La transformation est pensée avant tout du côté du thérapeute. Du côté du patient, il est plus affaire d'intégration de la « destructivité » ou encore de déploiement de la « créativité ». L'action thérapeutique passe donc en premier lieu par la relation à l'objet externe ensuite réinteriorisé. Dans ce cheminement, on comprend difficilement pourquoi et comment le patient accepterait cette relation face à laquelle il a mis pourtant en place des défenses si coûteuses et si rigides. Il faut postuler en premier lieu un travail précédent sur la possibilité d'endurer le lien à l'objet, de tenir face à lui. Il lui faut développer une forme d'endurance à la souffrance et à l'échec dans le rapport à l'objet or cette possibilité à endurer la souffrance repose sur la construction du corps érotique donnant la possibilité de faire corps avec ce monde.

« Nous nous formons ainsi la représentation d'un investissement libidinal originaire du moi ; plus tard une partie en est cée aux objets, mais, fondamentalement, l'investissement du moi persiste et se comporte envers les investissements d'objet comme le corps d'un animalcule protoplasmique envers les pseudopodes qu'il a émis. » (S. Freud, 1914, op. cit., p83)

Ce qui est premier, c'est la construction érotique du corps qui permettra ou non la confrontation au monde, l'endurance à la souffrance puis la symbolisation et la construction du processus représentatif. C'est d'abord dans le corps à corps avec l'objet –c'est-à-dire avec le monde et l'ensemble des objets qui le constituent – que naissent la pensée, le processus représentatif et la symbolisation. Avec le primat accordé à la représentation et à la symbolisation dans le modèle du traumatisme, c'est la place du corps réel, du corps propre qui s'efface derrière celle d'un corps, image, surface et support de rencontre. Les sujets en jeu sont des espaces psychiques plus que des sujets incarnés dans une chair. Les liens entre la matérialité du corps et le processus de pensée ne sont pas développés.

Parler de déficit ne revient pas à parler d'un « défaut de constitution ». Le concept de « défaut fondamental » de M. Balint aurait pu nous y conduire si elle ne s'était pas appuyée sur une indistinction conceptuelle avec le concept de déficit. La notion de défaut de constitution, tout en reconnaissant la place que peut prendre le contexte relationnel et le rôle tenu par l'objet externe, n'implique par de caractère figé et irrévocable du processus entamé. Elle pose un autre regard à la fois sur la dynamique identitaire des sujets psychotiques et sur le travail thérapeutique à mener auprès d'eux qui ne peut perdre de vue sa propre fin, voir la poser comme son objectif.

Quant on reprend précisément ce que S. Freud dit dans son texte de 1914, il fait allusion à **entaille narcissique inévitable** du fait de la rencontre avec le monde extérieur – S. Freud parle explicitement du rôle joué par les réprimandes des parents - et jouant même un rôle dans le développement narcissique, dans le développement psychique. Cette entaille narcissique serait nécessaire pour aller vers un accroissement du Moi car elle pousse à investir les objets du monde. C'est la préservation de la vie qui pousse à aimer et à investir le monde et les objets du monde.

« Le développement du Moi consiste à s'éloigner du narcissisme primaire, et engendre une aspiration intense à recouvrer ce narcissisme. Cet éloignement se produit par le moyen du déplacement de la libido sur un idéal du moi imposé de l'extérieur, la satisfaction par l'accomplissement de cet idéal. En même temps le moi a émis les investissements libidinaux d'objet. il se trouve appauvri au bénéfice de ces investissements ainsi que de l'idéal du moi, et il s'enrichit à nouveau par les satisfactions objectales ainsi que par l'accomplissement de l'idéal. Une part du sentiment d'estime de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantile, une autre partie de soi a son origine dans ce que l'expérience confirme de notre toute-puissance (accomplissement de l'idéal du Moi), une troisième part provient de la satisfaction de la libido d'objet. » (S. Freud, 1914, op. cit., p104)

Si on suit mot à mot presque ce que dit S. Freud, il n'est pas question de traumatisme ici mais d'une entaille au narcissisme infantile tant inévitable que nécessaire car elle pousse à des accomplissements en rapport avec un idéal du moi, construction imposée par les objets du monde extérieur. Si on retient cette idée, c'est bien l'action d'un autre qui entaille le narcissisme poussant ainsi au travail psychique et à la construction de l'idéal du moi, instance interne en charge de la régulation, de la « balance des investissements » réalisé par le sujet (c'est-à-dire une balance entre investissement d'objet et investissement du Moi).

« D'où provient donc en fin de compte dans la vie psychique cette contrainte de sortir des frontières du narcissisme et de placer la libido sur les objets ? La réponse conforme à notre ligne de pensée pourrait être que cette contrainte apparaît lorsque l'investissement du moi en libido a dépassé une certaine mesure. Un solide égoïsme préserve de la maladie, mais à la fin l'on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade, et l'on doit tomber malade lorsqu'on ne peut aimer, par suite de frustration. » (S. Freud, 1914, op. cit., p91)

R. Roussillon, d'un certain côté à la suite de S. Freud¹⁹⁴ n'abandonne pas la piste d'un déficit au cœur de la psychose. Mais alors que S. Freud le constitue comme une conséquence nécessaire et inévitable du destin des investissements, R. Roussillon semble le ranger du côté du pathologique et du pathogène. Des pistes étaient ouvertes dans le texte de 1914 mais le recours au modèle du traumatisme me semble couper court à la dynamique propre qu'instille la notion de défaut. La notion de « forclusion processuelle » réintroduit ce dynamisme en pratique mais manque d'un appui sur la critique du noyau déficitaire de la psychose.

Par ailleurs, le modèle que R. Roussillon (1999) propose fait une place aux côtés de la « solution délirante ou psychotique » aux « liaisons non symboliques primaires « somatiques » » - sur la base d'un déficit de métabolisation et de représentation- mais faute d'accorder une place première et centrale aux rapports au corps propre dans la genèse de la subjectivité, le pan entre somatose et psychose n'est pas franchi. Les deux voies ne sont pas posées comme articulables mais différenciées. Le modèle du traumatisme tout comme la théorie de l'organodynamisme d'H. Ey ne solde pas les questions liées aux liens entre psyché et soma dans le cadre de la psychose. Sans doute parce que tout deux ne critiquent pas sur le plan théorique, la place centrale qui a été accordée au déficit et parce que la conception du

¹⁹⁴ S. Freud maintient sa référence à E. Kraepelin dans son texte de 1914. On trouve sous sa plume la notion d'un « appauvrissement du moi » du fait de l'objectalisation des investissements libidinaux (S. Freud, 1914, op. cit., p102).

corps sur laquelle ils s'appuient (même si elle est différente entre H. Ey et R. Roussillon), n'accorde qu'une place secondarisée à la dimension érotique et pulsionnelle.

4. Pour une critique de la notion de déficit à la faveur de la notion d'inhibition. La proposition de V. Kapsambélis.

Le problème soulevé depuis E. Kraepelin est celui de la chronicité du trouble psychique qui, selon H. Ey ou E. Minkowski - à la suite d'E. Bleuler - prend source dans une atteinte première du corps somatique générant, en retour ou de manière secondaire, des atteintes au niveau psychique. Cette question est toujours celle qui occupe la psychiatrie adulte aujourd'hui. Démêler, hiérarchiser ou plutôt déterminer ce qui ressort d'une organogénèse ou d'une psychogénèse reste un débat très actuel, renouvelé et sans nul doute amplifié ces dernières années par le primat accordé aux sciences dites exactes ou (c'est à dire reposant sur une méthodologie expérimentale, quantifiable et évaluable).

Le périmètre de la chronicité des troubles psychotiques - butée sur laquelle les projets d'insertion sociale et/ou professionnelle des patients psychiatriques - manque d'une circonscription claire. Cette chronicité, mal définie en psychiatrie et liée au concept de déficit a permis l'éclosion de la notion de « handicap psychique » enkystant de manière durable les malades dans un fatum social et médical. Des droits sociaux se sont ouverts, des « paris thérapeutiques » se sont fermés. La guérison n'est plus l'objectif dans le handicap. Il n'y a plus lieu de la penser si ce n'est comme une forme de vie réadaptée ou au mieux rétablie.

Comprendre et traiter les symptômes qualifiant la chronicité du trouble mental représente donc il me semble, un enjeu majeur pour la psychiatrie aujourd'hui car c'est en gardant une pensée dynamique concernant la maladie que la psychopathologie reste vivante, ne se réifie pas - au pire en *rééducation mentale*, au mieux en *orthopédie psychique*.

« Si la véspanie du dément précoce, l'impénétrabilité du schizophrène sont aujourd'hui des souvenirs historiques liés aux asiles de jadis, la lutte contre la chronicité n'est pas gagnée pour autant, l'incurabilité a changé de forme, les patients ne deviennent pas déments mais se stabilisent dans une situation de dépendance d'autant plus insatisfaisante que rien ne paraît détruit de façon irréversible dans leur psychisme » (R. Diatkine, 1988 cité par V. Kapsambélis, 2009, p350).

Malgré les progrès des traitements neuroleptiques, beaucoup de choses restent à faire car ces derniers ne suffisent pas pour traiter ce qu'H. Ey appelait la « pathologie de la liberté ». La

clinique quotidienne le démontre. Dans cette perspective, l'appellation « soins de support » me semble représenter non un déni de reconnaissance lui-même fondé sur des contre-vérités scientifiques qui ont été au long de cet écrit critiquées. Le passage de l'aliénation mentale à la dépendance relationnelle est certes un pas mais il ne peut pas représenter un aboutissement. Il doit être considéré comme un défi supplémentaire lancé aux soignants dont l'éthique justement s'inscrit en faux de cette dépendance chronique acceptée et si ce n'est entretenue, du moins implicitement acceptée.

La notion de déficit a été présente dès les origines d'une psychopathologie de la psychose dissociative. Elle a persisté sous E. Bleuler, H. Ey et même d'une certaine manière en psychanalyse.

On parle de déficit pour caractériser une pièce, un élément manquant à la suite d'un inventaire ou encore ce qui manque pour équilibrer une balance économique. C'est un constat, un fait. En psychiatrie, il s'agirait de désigner le manque d'une fonction ou de qualifier une fonction comme insuffisante au regard d'un fonctionnement global normal ou ordinaire. Ce qui est suggéré donc, c'est la perte d'une fonction ou d'une partie d'une fonction mentale. C'est ainsi qu'on parle de déficit mental ou de déficit attentionnel par exemple.

La notion de « dissociation psychique » promue par E. Bleuler (et critiquée par S. Freud) entendait battre en brèche le principe dégénératif caractérisant les psychoses de l'adulte chez B. A. Morel puis E. Kraepelin. Il ne s'agissait toutefois pas de sous-estimer les troubles cognitifs, affectifs ou touchant le domaine de la volition mais plutôt de les repositionner en périphérie d'un mécanisme pathologique désorganisateur central.

B. A. Morel parlait d'une « immobilisation » des facultés mentales et non encore d'un défaut¹⁹⁵ et si E. Kraepelin souligne « l'affaiblissement psychique », il note également la différence entre la « bizarrerie » et les « imbécilités ». Il précise également que la démence précoce est moins caractérisée par des troubles de la mémoire (et de l'intelligence) que par des troubles du jugement, de la volonté et de l'affectivité. Il y avait donc des amorces de détachement vis-à-vis d'une approche strictement déféctologique même avant E. Bleuler mais confirmée par la promotion de la notion de dissociation par ce dernier en lieu et place d'un principe déficitaire.

¹⁹⁵ Même s'il relevait une « dégénérescence », celle-ci prenait place dans un ordre transgénérationnel et non à l'échelle d'un individu.

Il me semble que c'est autour d'un débat manqué avec la psychanalyse – en raison de la référence impensée à un modèle défectologique - que la référence d'E. Bleuler et de notre psychiatrie contemporaine est restée kraepelinienne et ce malgré des tentatives comme celle d'H. Ey.

« Oublié encore le fait que, après au moins trois décennies d'intenses travaux de recherche ayant mobilisé des moyens colossaux, les données dites biologiques concernant la schizophrénie restent toujours aussi incertains, et ce, malgré le concours plus récent d'une théorie, la psychologie cognitive, qui ne manque ni de subtilité ni d'élégance, bien que toujours dans l'incapacité à concevoir le psychisme en termes de forces contraires et de conflits, c'est-à-dire en termes de *vivant*. Oublié, enfin, le quotidien des expériences d'accompagnement et de soins aux patients schizophrènes, qui montrent que, une fois les neuroleptiques administrés, presque tout reste à faire, non pas parce que ces médicaments ne sont pas efficaces – bien au contraire, ils rendent d'immenses services -, mais parce que la maladie n'est pas les symptômes, parce que « la maladie est ce qui reste quand les symptômes ont disparu », et que cette maladie touche au plus profond des assises existentielles de l'être humain et pose des questions qui laissent souvent l'interlocuteur sans réponse, et même sans voix. » (V. Kapsambélis, 2009, op. cit. pp350-351).

Des travaux contemporains en psychiatrie ont forcé ce trait en scindant et séparant les symptômes « positifs » et « négatifs », à connotation déficitaire, figée et même déterminée. Il y a de l'incurabilité inéluctable et indéplaçable dans cette notion de « symptômes négatifs ». Ce sont ces symptômes-là qui sont laissés au maternage des infirmières mais plus encore des aides soignantes et des familles d'accueil. Ils sont parfois dits résiduels mais en tous cas, peu dignes d'intérêt thérapeutique contrairement au délire ou aux hallucinations. Tout cela allant à l'encontre de ce que soutenait pourtant E. Bleuler ou encore H. Ey pour lesquels les deux classes de symptômes étaient liés par une interdépendance dynamique même si toujours envisagée sous l'angle défensif. C'est cette idée qui amène V. Kapsambélis à avancer l'hypothèse d'une bascule de la conception du « défaut » vers celle du « déficit » liée à ce découplage entre les versants positifs et négatifs des manifestations psychopathologiques.

« C'est en cela que la dichotomie « positif-négatif », qui domine la pensée psychopathologique de la schizophrénie ces trente dernières années représente un formidable bond en arrière, et ne peut déboucher que sur la recherche d'un « noyau dur déficitaire », lui-même forcément en rapport avec une anatomie déterminée : étonnant retour aux localisations cérébrales, effaçant d'un trait plus d'un siècle d'avancées en psychopathologie. » (V. Kapsambélis, 2009, op. cit., p357)

Pour H. Jackson (puis ses successeurs) et S. Freud, les deux versants positifs et négatifs du processus pathologique son liés, notamment dans le jeu entre l'expression pulsionnelle et la

défense, entre le développement et l'inhibition d'une fonction. Le corpus psychanalytique fournit donc des ressources pour reprendre autrement la conception des psychoses chroniques dissociatives de l'adulte.

Cette désintrinsication des versants positifs et négatifs du processus pathologique dans la schizophrénie recoupe celui d'une désintrinsication du narcissisme et auto-érotisme, c'est-à-dire l'activité sexuelle de ce stade de placement de la libido que représente le narcissisme.

« Il est devenu courant parmi les psychanalystes de distinguer entre une clinique des névroses dites « classiques », où le sexuel inconscient serait au centre de la problématique psychique, et une clinique où dominerait une problématique du narcissisme, entendu au sens déssexualisé du terme. Les pathologies de cette dernière sorte seraient organisées autour de la carence plutôt que du conflit, laissant entendre qu'il y manque l'ingrédient essentiel de ce dernier, le pulsionnel sexuel. » (D. Scarfone, 1999, p 142)

Et pourtant, l'année suivant l'introduction du narcissisme, S. Freud écrivait :

« Le moi se trouve originellement, au tout début de sa vie d'âme, investi pulsionnellement, et en partie capable de satisfaire ses pulsions sur lui-même. Nous appelons cet état celui de narcissisme et cette possibilité de satisfaction la possibilité auto-érotique » (S. Freud, 1915, op. cit., pp 181-182).

Il n'y a donc pas d'opposition entre le narcissisme, le pulsionnel et la satisfaction sexuelle. Cela soulèverait d'ailleurs d'autres questions concernant la sublimation et les liens qu'elle entretiendrait avec une supposée déssexualisation qui mériteraient à elles seules d'importantes discussion¹⁹⁶.

« La transposition de libido d'objet en libido narcissique, qui se produit ici, entraîne manifestement un abandon des buts sexuels, une déssexualisation, donc une espèce de sublimation. Alors surgit une question digne d'un traitement approfondi : cela n'est-il pas la voie royale vers la sublimation ? Toute sublimation ne se produit-elle pas par l'intermédiaire du Moi, lequel transforme d'abord la libido d'objet sexuel en libido narcissique pour lui poser ensuite, peut-être un nouveau but ? » (S. Freud, 1923, p274)

La notion qui est le plus souvent mise en avant dans la psychopathologie psychanalytique, c'est celle de destructivité, forme prise par la pulsion de mort postulée par S. Freud en 1920 (S. Freud, 1920 b.) mais dont on peut également penser qu'elle n'aurait pas été postulée sans le texte de 1914, les indistinctions conservées entre déficit, défaut et inhibition et l'étude de la mélancolie.

¹⁹⁶ A ce propos, C. Dejours a relancé le débat des liens entre déssexualisation et sublimation lors du colloque de 2014 déjà cité et portant sur corps et narcissisme, notamment en prenant en compte la place tenu par le sexuel dans l'affrontement à la matière dans le travail artistique. Cette discussion concernant les liens entre narcissisme, sublimation et sexualité permettant d'interroger la pertinence des notions de destructivité et de créativité, notamment à l'adolescence.

Cette destructivité se manifeste par un mouvement d'attaque de soi, de la pensée, de l'environnement mais aussi, souvent passée au second plan, des attaques du corps propre.

L'enjeu défensif dans la psychose selon S. Freud en 1914 se situe contre une angoisse annonçant un péril grave pour la survie psychique de l'individu : la rencontre avec l'autre.

« Dès lors, la pulsion ne peut guère trouver d'autre solution que d'envahir les fonctions du Moi lui-même (« sexualisation de la pensée », Kestenberg) et, en définitive, de « noyauter et d'étouffer son fonctionnement – à moins que le Moi ne mène une attaque à grande échelle contre tout mouvement pulsionnel, et finalement contre toute manifestation somato-biologique, jusqu'à cette sorte d'extinction pulsionnelle finale que la psychiatrie traditionnelle exprimait par le terme d'athymhormie » (V. Kapsambélis, 2009, p360).

Face à ce risque représenté par la rencontre de l'autre, le sujet n'a d'autre choix de retirer ses investissements et les replier sur lui-même. Ce processus correspondrait à une « inhibition de l'objectalisation ». Or le sujet est constamment contraint, par le constat de son incomplétude narcissique témoignée par les limites de son corps propre à ce mouvement d'objectalisation.

L'hypothèse avancée par V. Kapsambélis est celle d'une « désobjectalisation » (2009, op. cit.) - opération défensive – donc mise en œuvre par le Moi - reposant sur l'inhibition de la fonction objectalisante également mise en œuvre par le Moi et inhérente à la puberté. Cette défense semble avoir une importance vitale pour le Moi de ces sujets. De ce point de vue, il semble rencontrer partiellement les propositions de R. Roussillon – tous deux parlent de défenses paradoxales – mais sans que chez V. Kapsambélis le modèle du traumatisme ne soit convoqué et sans que soit maintenue, à mon sens, l'hypothèse d'une organisation déficitaire, fût-elle une « représentation » de soi comme chez R. Roussillon.

Si on suit ces pistes, on soutiendrait l'hypothèse d'un « noyau organisateur mélancolique » dans la psychose. Mais là encore, il faut être un peu plus précis.

En 1926, S. Freud définit l'inhibition comme « une limitation fonctionnelle du Moi », allant du normal au pathologique, tout en recouvrant une pluralité de registres : l'inhibition comme processus psychique, nécessaire au fonctionnement de la psyché et à la constitution du Moi, mais aussi l'inhibition comme résultat phénoménologique d'un processus, soit purement défensif, soit pathologique comme formation symptomatique. Dans le même texte, il insiste sur le fait que le moi peut s'amputer d'une partie, d'une fonction de lui-même pour se protéger de la désorganisation. Par le terme d'inhibition, on décrit une action visant à empêcher ou ralentir un processus ou une action. Ce qui est en jeu, c'est la défense et même la prohibition d'un but ou d'un objectif. Il s'agit de bloquer, d'arrêter ou de ralentir un

processus. Il y a donc différents degrés d'inhibition. En psychiatrie, c'est le symptôme majeur de la mélancolie. Il fait partie de la *stratégie d'immobilité* du vivant devant un événement critique. Cette inhibition, ce détournement massif de la libido peut être entendu comme une **défense contre-pulsionnelle** tout comme un « destin » pulsionnel au sens de 1915. Désinvestissement lié à un mouvement de désintrinsication pulsionnelle ou l'effet d'un contre-investissement ? Pour S. Freud en 1926, « l'usage est de parler d'inhibition dans le cas de simple **diminution de la fonction** [je souligne] et de **symptôme lorsqu'il s'agit d'une modification inhabituelle de cette fonction** [je souligne] ou d'un nouveau type de fonctionnement. »

L'inhibition chez S. Freud n'a pas qu'une valeur défensive, elle est aussi positive de processus psychique indispensable à l'organisation même du psychisme, à la construction du Moi, comme à tout travail d'élaboration. Elle est nécessaire à la mise en œuvre du travail psychique.

Ce que la clinique d'A.F.T. en psychiatrie adulte montre, c'est que l'hypothèse d'un noyau dur déficitaire incompressible et incurable dans la schizophrénie ne tient pas tant sur le plan des fonctions intellectuelles qu'affectives. Sur fond de la prédominance de l'inhibition du mouvement vital, de l'inertie dans laquelle ces patients sont pris, il me semble qu'il s'agit moins d'une « l'inhibition de l'objectalisation » que d'une « inhibition de l'action », elle-même préservant de la structuration de toute objectalité.

V. Kapsambélis propose la thèse de « l'inhibition de l'agir », je propose celle de « l'inhibition de l'action » pour souligner le lien étroit que cette inhibition entretient avec la question de la pulsion, de l'engagement volontaire du corps et de la volition.

Dès lors, si on retient l'hypothèse d'une « inhibition de l'action », comme le cœur organisateur de la schizophrénie (tant dans ses formes blanches, aiguës que chroniques), il nous faut maintenant préciser la théorie du corps sur laquelle nous nous fondons. La problématique psychotique, même si elle se manifeste autour d'un défaut de la représentation et de la symbolisation, prend donc sa source dans les aléas des destins pulsionnels, dans la sexualité infantile, dans les liens affectifs tissés avec l'adulte maternant – point paradoxalement laissé de côté par l'introduction du narcissisme...

III) Corps et dissociation : L'apport de la psychodynamique du travail.

A partir de la clinique d'A.F.T., nous avons fait le constat clinique que la prise en charge faite par les accueillants familiaux, dans leur famille et en marge des savoirs institués, produit des effets sur les patients accueillis aboutissant à un réaménagement de leur économie psychique et à une réorganisation du rapport entretenu par ces patients à leurs corps.

La prise en charge en A.F.T., à certaines conditions, peut aboutir à une restructuration du corps érotique de ces patients. Ces transformations débouchent sur un rééquilibrage de la balance libidinale oscillant entre investissements narcissiques et objectaux. L'action menée par les familles d'accueil thérapeutique porte sur le corps organique et physiologique (traitements, suivis médicaux, hygiène, alimentation, rythme circadien etc.) mais a des effets sur le corps érotique. Les familles mobilisent leur corps érotique pour mobiliser celui des patients qu'elles accueillent. L'ensemble de ces données nous permettent désormais de définir **la schizophrénie comme une crise somato-psychique** décompensant provisoirement ou durablement l'équilibre interne de l'individu.

1. La dissociation de la personnalité.

La psychose se définit comme une rupture entre soi et le monde extérieur mais aussi entre soi et soi. Nous avons montré que dans les conceptions classiques en psychiatrie y compris chez E. Bleuler et H. Ey, le corps est en premier lieu un corps biologique et les liens avec la sphère psychique restent empreint du dualisme cartésien.

La dissociation est, chez E. Bleuler, avant tout une « dissociation de la personnalité » correspondant à une perte de l'homogénéité de la personnalité mais générée par une somatose. Elle produit des effets sur le plan affectif : affectivité bizarre ou discordante, excessive ou au contraire marquée de froideur. Elle produit sur le plan intellectuel les discontinuités du cours de la pensée, les digressions, la diffluence, les arrêts brusques ou « barrages ». La pensée est désorganisée. Sur le plan moteur, on trouve un maniérisme, des maladrotes, une rigidité. Dans cette perspective persiste un certain parallélisme entre le corps –substrat matériel régi par les lois de la physiologie et de la biologie – et la psyché, régie selon les principes mis en lumière par la psychanalyse. Ce parallélisme corps/psyché s'appuie sur une conception du corps uniquement envisagé du côté de la biologie et qui ne peut intéresser les psychistes que dans les aléas et les destins de sa psychisation, c'est-à-dire au prix d'un changement de nature.

On ne peut pas contester les modifications et les troubles du fonctionnement physiologique cérébral dans la maladie mentale – les neurosciences, l'imagerie cérébrales et la neurophysiologie ayant apporté des éléments précieux sur ce point. – Par ailleurs, si on entend soutenir malgré tout la centralité de la sexualité pour comprendre le fonctionnement de la psyché et des comportements humains, on serait tenté de considérer la schizophrénie comme une « somatisation cérébrale » (S. Arieti, 1974 ; Y. Dimitriadis, 2009 et 2013). Depuis d'autres auteurs ont évoqué la possibilité d'une « psychosomatique du cerveau » (C. Dejours et E. Abdoucheli, 1990 ; D. Widlöcher, 2002 ; S. Mentzos, 2010). Je serai quant à moi plus réservée compte tenu des dévoiements que la notion de psychosomatique a connu. Le concept de somatisation peut induire des malentendus, voir des contre sens au moins à deux niveaux : Premièrement, il serait dangereux et faux de soutenir l'idée d'une étiologie psychogène pure (c'est-à-dire sans tenir compte du rôle joué par les déséquilibres chimico-physiologiques) de la schizophrénie –fût-elle référée à un défaut de mentalisation ou de symbolisation causant le symptôme – car cela pourrait se solder par, au mieux des apories concernant les liens entretenues entre psyché et soma, au pire par le désaveu de la nécessité des traitements médicamenteux.

Deuxièmement, cette perspective implique de réduire la schizophrénie à des troubles de la cognition alors qu'elle se caractérise par des troubles de la pensée.

Or la pensée ne peut être réduite à la seule cognition et sa localisation ne peut être limitée au seul cerveau. Si on admet l'idée que la pensée provient d'une expérience du corps, on ne peut pas la réduire au fonctionnement cérébral¹⁹⁷.

L'introduction du narcissisme a relancé les débats car elle pose la question des modalités de la construction (et de la déconstruction) des liens entre psyché et soma. Mais S. Freud n'a pas creusé plus avant la question psychosomatique. La psychanalyse orthodoxe ne va pas dans le sens d'une conceptualisation des liens psyché-soma, sauf dans le cas de l'hystérie de conversion. Il faut donc regarder parmi d'autres psychanalystes parmi lesquels, on peut citer

¹⁹⁷ Sur ce point il faut bien relever une évolution de la théorie de C. Dejours. Si sa conception de la psychosomatique récuse la thèse de la psychogénèse des maladies et celle de la causalité psychique aussi bien dans la somatose que dans la psychose – sauf pour les crises et les poussées évolutives – cela semblait être moins clair dans les années 90.

G. Pankow qui s'est particulièrement penchée sur les liens entre psychose et structure familiale.

2. La dissociation du corps : Les apports de G. Pankow.

C'est à partir de l'utilisation du modelage que G. Pankow s'est attachée à œuvrer à la « structuration dynamique de l'image du corps » destinée à « réparer » l'image du corps chez le sujet psychotique. De ce point de vue, elle est sans doute l'une des pionnières, après D. W. Winnicott, en matière de proposition de soin psychique à partir de médiations thérapeutiques.

Si l'A.F.T. revêt certains caractéristiques des pratiques à médiations telles que les définit A. Brun :

« (...) souvent groupales, qui s'évèrent la plupart du temps assurées par des infirmiers, par des éducateurs, ou encore par des intervenants extérieurs. » (A. Brun, 2011, p8.)

On ne peut pas soutenir l'idée que la clinique dont nous faisons état appartienne au champ des thérapies à médiations sauf à la considérer comme relevant d'une forme de médiation corporelle mais cela supposerait également une extension conséquente de ce que la terminologie recouvre (E. Allouch in A. Brun, 2011, op. cit., pp99-100).

Pour autant, il me semble que cette clinique permet d'engager une discussion concernant ce qu'A. Brun appelle une « métapsychologie de la médiation destinée au soin psychique » (2011, op. cit., p8) parce qu'elle parle bien de rencontre avec la matière, de l'émergence de la symbolisation dans et par la matière (A. Brun, 2007). Tout comme nous soulignons le rôle, au cours du processus thérapeutique, tenu par l'effort volontaire et la mise au travail du patient, son affrontement au réel, à sa matière, sa résistance et sa subjectivation.

Pour G. Pankow, la dissociation doit être reformulée au niveau du corps, mais plus précisément au niveau de l'image du corps. Elle parle de dissociation pour mettre l'accent sur le fait que la possibilité d'une organisation du corps n'existe plus selon elle dans la schizophrénie...sauf à réparer cette image du corps. C'est sur cette proposition qu'elle bâtit sa méthode thérapeutique de « structuration dynamique de l'image du corps ».

« Par le terme de dissociation, je définis la destruction de l'image du corps telles que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur. C'est cette absence de lien entre le dedans et le dehors qui caractérise la schizophrénie ; il n'y a pas de « chaîne d'association » permettant de

retrouver le lien entre les débris de tels mondes détruits. » (J. Laplanche citant G. Pankow (1969), 1973, p 9.)

En ce sens, la méthode de G. Pankow consiste à apporter, *de l'extérieur*, un mouvement dynamique dans ce qui est figé et un lien structural entre des éléments épars d'un corps ressenti en décelant la « faille de l'image du corps » pour la « réparer ».

« Chaque parcelle du corps ressenti est de la terre ferme qu'on conquiert sur le processus de la psychose » (G. Pankow, 1969, p25).

A partir du modelage et des entretiens, ce qu'elle vise, c'est de « préparer à entrer en contact ». Le travail qui est mené est pensé comme un préalable à la cure proprement dite. Quand certains insistent sur les bienfaits de la rencontre au niveau du degré de régression manifesté par le patient (F. Fromm Reichmann, M. A. Sechehaye etc.), il s'agit pour G. Pankow, dans une certaine parenté avec les théories de D. Anzieu, de donner au patient schizophrène des sensations corporelles tactiles qui le limitent pour l'amener à une reconnaissance des limites de son corps ; préalable nécessaire à la constitution de toute objectalité et à la rencontre avec l'autre.

« Ma méthode aide ainsi le psychotique à rencontrer autrui » (G. Pankow, 1969, op. cit., pp 28-29)

Il ne s'agit donc pas de donner directement au patient les soins qu'il n'aurait pas reçus quand il était bébé mais de lui permettre de retrouver les sensations corporelles tactiles qui le limitent et qui ont été détruites ou perdues. Il s'agit de procéder à des « greffes de transfert » mais quand l'état du patient le permet, G. Pankow a recours au modelage.

« Dans les cas de régression moins grave, j'utilise une autre approche de la méthode des greffes de transfert ; je me sers des actes que le médecin fait faire par le malade. Ces actes ne servent pas uniquement à occuper le patient. Ils permettent une intervention analytique qui peut amener le malade à une reconnaissance. » (G. Pankow, 1969, op. cit., p 26)

Les modelages permettent la production d'images dynamiques structurantes de l'image du corps (1956). Dans la perspective de G. Pankow, la production et l'affrontement à la matière (terre, pâte à modeler etc.) mettent le patient au travail psychiquement.

Selon G. Pankow, l'image du corps remplit deux fonctions : d'une part en tant que forme spatiale, elle désigne la manière dont le sujet peut ou ne peut pas se sentir comme un ensemble unifié. D'elle dépend la possibilité du sujet d'habiter le monde. D'autre part, en tant que structure symbolique ou signifiante, elle désigne la représentation que le sujet peut avoir de son corps. Elle recouvrirait donc l'acception de « corps érogène » portée par la psychanalyse.

Dans cette perspective, l'homme atteint de psychose n'aurait pas un corps morcelé mais dissocié. Ce qui est prédominant dans la psychose c'est la perte de la structure dynamique unifiante du corps. Dans la névrose, malgré la perte de certaines parties de l'image du corps, malgré les imperfections de la construction de l'image du corps, la structure dynamique du corps est conservée.

Pour réparer la structure dynamique de l'image du corps, **G. Pankow mettrait donc le patient au travail, dans une prescription d'affrontement à une matière à former.** Toutefois, elle ne va pas plus loin sur la caractérisation de ce travail et conclut, comme R. Roussillon à un déficit de symbolisation qu'il s'agirait de combler par le recours à un médium. Elle travaille avec le modelage pour « créer des greffes de désir » chez ses patients. Il y a une convergence entre la notion d'image du corps et les processus de symbolisation dont l'objet transitionnel est le point de départ (G. Pankow, 1977, op. cit.).

Trois points méritent donc d'être discutés:

- Les voies par lesquelles se construit l'image du corps et ce qui peut l'amener à se déconstruire ou à être détruite. Sur ce point précis, G. Pankow pointe le rôle tenu par les interactions familiales.

« Il y a plus de quinze ans, j'ai proposé la formule suivante : « il y a seulement UN inconscient. La différence entre névrose et psychose consiste en ce que des structures fondamentales de l'ordre symbolique, qui apparaissent au sein du langage et qui contiennent l'expérience première du corps, sont détruites dans la psychose, alors qu'elles sont simplement déformées dans la névrose. » (G. Pankow, 1977, p4)

Dans la psychose ce qui est pour G. Pankow à l'avant du tableau, c'est une destruction des processus de symbolisation en raison de la dissociation de l'image du corps.

Selon elle, les zones de destruction de l'image du corps repérées dans la psychose et certaines organisations psychosomatiques correspondent aux zones de destruction dans la structure familiale de ces malades. Elle propose donc d'intervenir au niveau de ce qu'elle appelle le « corps familial pathologique » (G. Pankow, 1977, op. cit., p 48).

C'est une logique communicationnelle en Double Bind (G. Bateson, 1956, op. cit.) autour du corps de l'enfant qui débouche sur une vulnérabilité psychotique : les parents auraient besoin du corps de l'enfant pour se sécuriser dans leur peau. Le corps de l'enfant est inscrit symboliquement comme une partie du corps de la mère (ou du père) et subitement doit exister seul dans un monde fragmentaire (G. Pankow, 1977, op. cit.).

« La symbiose, prison du malade schizophrène n'est pas limitée au corps vécu de la mère » (G. Pankow, 1977, op. cit., p 83)

Le corps de l'enfant n'est qu'une partie du corps maternel/parental. Il n'a pas le droit d'avoir un corps et une loi à lui propre. En somme, la corporéité ne peut échapper à l'emprise maternelle sauf par la destruction, la violence. N'ayant pas de corps à lui, l'enfant n'a ni identité, ni Moi permettant de construire des défenses lui permettant de s'en tirer. Il s'agit donc pour elle d'entrer dans le vécu des parents du malade pour

« les libérer de leurs propres parents et pour leur donner le droit d'avoir un enfant qui soit autre chose qu'une partie d'eux-mêmes. » (G. Pankow, 1977, op. cit., p 89).

En se libérant de leurs propres parents, ils pourront le devenir eux-mêmes. Ce qui serait en jeu, c'est un défaut de la parentalité aboutissant à l'impossibilité pour l'enfant d'être identifié par ces parents comme un enfant. Il s'agit donc de soigner les parents pour qu'ils soulagent le joug imposé à leur enfant sans toutefois prendre en thérapie les parents ni même l'un d'eux. Les recevoir n'a pour objectif que de déterminer les indications/contre-indications à la prise en charge du malade en thérapie, de réunir les conditions les plus propices au travail thérapeutique à mener.

Si G. Pankow pointe l'origine de la psychose dans la construction du corps au sein de la famille, elle ne va cependant pas plus loin. Elle la réfère à une pathologie de la parentalité et affirme sa volonté de ne pas s'engager dans la construction d'une théorie portant sur l'origine de la psychose. Nous supposons que cette aporie est référée à la mise au second plan du rôle de la pulsion dans la construction du corps érotique et de la pensée ainsi qu'à la non prise en compte des liens entre le corps organique et le corps érotique.

- Les ressorts de la réparation de la structure dynamique de l'image du corps restent à élucider. J. Laplanche avait pointé dans sa préface à *L'homme et sa psychose*. Si on soutient qu'il y a une destruction des processus de symbolisation, comment imaginer pouvoir les recréer ? Et comment envisager que le patient puisse un jour ne plus s'appuyer sur cette « aide extérieure » à la symbolisation qui est proposée par le thérapeute ?

G. Pankow essaye de travailler à partir des fragments d'une expérience du corps qu'elle tente de réintégrer, de l'extérieur, comme parties à la totalité de l'image du corps. C'est à cette condition que l'expérience spatiale peut mener à l'expérience temporelle et que le corps devient habitable pour le sujet nous dit-elle (G. Pankow, 1969, op. cit.).

« Lorsque ce corps peut être reconnu comme le corps limité *d'un homme ou d'une femme* [je souligne, mes propres italiques], alors se prépare une orientation vers un « tu » et c'est ainsi l'homme peut entrer dans sa propre histoire en tant que sujet. » (G. Pankow, 1969, op. cit., pp 272-273)

La clinique de l'A.F.T., dans un sens, est très proche des propositions de G. Pankow¹⁹⁸. Ce qui nous pousse à retenir l'hypothèse de la dissociation du côté du corps. **Mais alors que G. Pankow la place au niveau de l'image du corps, il nous semble que la dissociation se situe dans la structuration de l'image du corps, au niveau d'un corps engagé dans l'effort et dans le mouvement vital.** Si G. Pankow a souligné l'intérêt de la production du patient, sa mise au travail par le modelage et par l'affrontement à la terre ; si elle a également souligné la nécessité méthodologique de s'appuyer sur la « voie du dedans » (G. Pankow, 1969, op. cit.) pour rencontrer ces patients et les mettre en travail, elle ne s'appuie pas sur le concept de travail si bien qu'on peut admettre les effets de l'action thérapeutique sur l'image du corps, on n'en saisit pas plus les modalités au niveau de l'économie pulsionnelle. Il faut compléter cette perspective par le recours à la notion de « travail vivant » de C. Dejours entendu comme l'imbrication des deux dimensions *Arbeit* et *Poiesis*. C'est le recours à la centralité du travail, aux côtés de la centralité du sexuel, qui permet de resituer la centralité de la pulsion dans l'espace intersubjectif thérapeutique.

- La perspective de G. Pankow n'accorde pas de place au corps biologique et physiologique. Alors que selon moi, cette dissociation de l'image du corps, ce trouble de l'expérience du corps et donc de la pensée – issue d'une expérience du corps – ne peut se penser que dans l'articulation entre le corps biologique et le corps érotique. Dans cette perspective, les troubles de la pensée sont moins à référer à un trouble de la structuration de l'image du corps qu'aux accidents de la subversion du corps biologique, processus par lequel émerge le corps érotique, le deuxième corps (C. Dejours, 2003 a., op. cit). Dans la perspective de G. Pankow, ce qui reste en suspend, c'est la question de l'altération du corps physiologique dans la psychose dissociative.

¹⁹⁸ Elle cite d'ailleurs beaucoup G. Kolb, connu pour avoir surtout travaillé dans les colonies en Allemagne. L'image du corps est une approche qu'on retrouve chez lui ainsi que chez d'autres psychiatres travaillant en A.F.T. Ainsi F. Samson dans l'ouvrage collectif coordonné par P. SANS, *les placements familiaux thérapeutiques*, op. cit., 1987) parle des règles de fonctionnement dans la famille d'accueil comme des « bornes » nécessaires pour que l'image du corps dissociée des patients puisse s'accrocher, comme d'une « enveloppe » à laquelle se référer. C'est à partir de la reconnaissance de ces limites de l'image du corps qu'un processus dynamique peut s'enclencher et que des remaniements libidinaux peuvent s'organiser.

Je propose l'idée qu'une telle réparation doit passer par une réorganisation de la pulsion basée sur le rétablissement de la dimension pulsatile de cette dernière (C. Dejours, 2005). Cette réorganisation pulsionnelle passe par la mise au travail du patient, elle-même dépendante de l'implication du corps érotique du corps de l'accueillante dans le travail d'A.F.T. Autrement dit, la réparation de l'image du corps ne peut être que seconde par rapport à l'engagement personnel du soignant et au rétablissement de la possibilité d'effectuer une expérience du corps chez le patient.

3. La disruptivité pulsionnelle. Vers une nouvelle perspective métapsychologique de la psychose dissociative.

Si on admet que toute pensée est pulsionnelle et provient d'une expérience du corps, c'est donc à partir de la genèse de la pulsion et dans la manière dont on pense la construction (entendue comme un processus dynamique tout au long de la vie et non comme issue d'un processus linéaire) du corps érotique que la compréhension du processus psychopathologique de la psychose dissociative s'inscrit. Conserver une compréhension de la psychose dissociative qui ne lâche ni le corps érotique ni le corps biologique, impose de considérer les liens et les articulations entre ces deux corps. La solution la plus simple serait de considérer que les deux domaines n'ont que peu à voir l'un avec l'autre ou alors que la compréhension de l'un peut par voie métaphorique, permettre la compréhension de l'autre. Mais ces deux perspectives ne permettent pas de comprendre comment l'action de l'accueillantes familiales thérapeutiques peut avoir un effet thérapeutique sur le processus dissociatif morbide dont les composantes biologiques et physiologiques ne sont plus à démontrer.

Si chez G. Pankow le destin psychopathologique était liée aux aléas de la structuration symbolique de l'image du corps, chez C. Dejours, il est lié aux aléas de la structuration du corps érotique, étroitement liée non seulement aux rapports que les adultes entretiennent avec leur propre corps érotique et la pensée mais également liée à la possibilité et/ou aux empêchements du travail de traduction propre à l'enfant. Le corps dans ses mobilisations, dans le contact avec l'autre ainsi que dans les limites de son usage ou de sa sensibilité reflèterait l'histoire des relations infantiles. Le travail des parents, leur inscription sur la scène sociale - en ce qu'il les amène à solliciter et

remodeler leur architecture érotique - joue sur les tonalités de la séduction qu'ils opèrent sur leurs enfants. A travers ces remodelages, c'est bien l'empreinte sociétale qui infiltre les messages de la séduction devenant alors voie de passage et de transmission de l'économie de la domination structurant le champ social. Cela ne passe ni par un inconscient groupal ni par un corps familial groupal mais par l'action de sujets incarnés qui vivent le travail ainsi que la relation à leurs enfants et aux autres dans leur propre corps.

Si la famille joue bien un rôle dans la construction du corps érotique de l'enfant, c'est parce qu'elle est incarnée par des sujets eux-mêmes soumis au travail imposé par la pulsion. En tant que telle, elle joue aussi un rôle dans l'histoire de la construction de la fonction perceptive et aperceptive de l'enfant.

Pour que le corps propre devienne objet de la libido – ce qui pour S. Freud en 1914 est central dans la psychose – il faut que le Moi s'organise comme une « image unifiée du corps ». Sur ce point, la philosophie de Maine de Biran et la notion d'aperception nous apportent des éléments. Le Moi se constituerait par l'aperception immédiate.

Pour Maine de Biran, le Moi acquiert la connaissance immédiate et certaine de lui lors de la production de l'effort voulu. L'individualité et le sens intime de soi naissent dans l'effort voulu. Le sens intime de soi ne peut naître que dans la résistance de la matière à une volonté vectorisée par la satisfaction et c'est cette résistance de la matière qui rend nécessaire l'effort. C'est par l'effort que le Moi prend connaissance de lui-même. Ce principe primitif d'installation dans le corps, Maine de Biran le généralise à l'ensemble du processus d'appropriation du corps propre. Si le bébé crie par instinct, il transforme ensuite ses cris en appels volontaires en cherchant d'abord à s'imiter lui-même et en constatant que cette action produit un effet sur l'autre venu alors apporter soulagement et satisfaction. C'est d'abord dans l'imitation de ses propres cris, puis dans la répétition volontaire que l'enfant commence à distinguer cause et effets. Dans ces cris entendus, la répétition prend alors valeur communicationnelle et vise le soulagement en soi par l'action de l'autre.

« Dans la libre répétition des actes que sa volonté détermine, il a la conscience du pouvoir qui les exécute, il aperçoit la cause de son effet et l'effet dans la cause : il a le sentiment distinct de ces deux termes de ce rapport fondamental, en un mot il réfléchit. » (Maine de Biran, pp 371-372 cité par C. Dejours, 2009, op. cit., p.69)

L'aperception immédiate se double donc de l'aperception médiate externe (perception jointe au sentiment du moi). Dans l'aperception immédiate, le sujet prend conscience qu'il est bien installé dans un corps à partir duquel des actions visant les objets du monde peuvent s'engager. Par l'aperception médiate externe, il prend conscience qu'il habite ce corps par lequel il entretient un rapport au monde. C'est dans le rapport à la matérialité du monde que le corps est pleinement habité c'est-à-dire qu'il se constitue comme un soi face au monde et dans le monde.

Si les notions de réflexivité et d'aperception permettent de comprendre comment le corps peut devenir familier et espace habitable, elles laissent néanmoins des apories. Ce que Maine de Biran désigne comme effort, c'est l'effort vers l'autre en vue de se faire entendre et comprendre. C'est une mobilisation du corps en vue de produire un effet sur l'autre. C'est donc une modalité d'action du corps désignée par C. Dejours comme « agir expressif ». Il ne s'agit pas seulement d'entrer en communication mais aussi de produire une action sur l'autre qui en retour produira une action sur soi. Maine de Biran n'a pas considéré les cas où l'effort engagé dans le monde ne débouche pas sur le sentiment de soi ni les cas où cet effort rencontre une non-réponse de l'autre ou une réponse inadaptée. C'est ce cas de figure précis qui a été envisagé par R. Roussillon.

Maine de Biran n'a pas non plus envisagé de cas de figure où « se sentir » représente un danger contre lequel il faut se défendre et non l'objectif ultime de la subjectivité. En somme, il n'a pas mis à l'épreuve sa philosophie des principes de la maladie mentale. Il n'a surtout pas positionné ce processus dans une dynamique plaisir/déplaisir. Ce que l'on peut retenir en prolongeant ce qu'affirme Maine de Biran, c'est que le corps en question, produit de l'aperception serait moins *l'image du corps* que « la projection d'une surface du corps » (S. Freud, 1923) ce qui laisse une place aux voies cénesthésiques de plaisir et de souffrance, l'ensemble des voies permettant de sentir le monde et la vie, de se sentir en vie. L'aperception ne serait donc pas affaire de vue et d'image mais de sensorialité puis de sensualité animées par la fantasmagorie sexuelle de l'adulte maternant, énigmatique à l'enfant comme à l'adulte lui-même. La sensorialité passe par le perceptif. Elle est passive d'abord et le travail psychique consistant à lier ces excitations sensorielles en vue de les maîtriser, les reproduire ou les éviter consiste à faire le lien entre la sensation, l'excitation et le rôle tenu par l'autre dans le processus. De ce point de vue, **l'aperception immédiate dont parle Maine de Biran ne peut être dissociée de l'aperception médiate externe : des expériences sensuelles qu'il**

ressent, l'enfant en tire la certitude de son existence mais ces expériences sensuelles ne pouvant pas être répétées sans une action sur l'autre dispensant les soins (et donc le soulagement, le plaisir comme la douleur), l'enfant ne tire pleinement certitude de son existence et de son action sur le monde que par le truchement d'un objet externe à lui.

Dans la constitution de ce deuxième corps (le corps de l'aperception ici), fruit de l'effort volontaire avec le corps sur le corps de l'autre, il faut glisser l'économie du plaisir/déplaisir seule permettant de comprendre, il me semble, la répétition volontaire des actes et des gestes. On ne répète volontairement que ce dont on peut tirer plaisir ou satisfaction. Il faut donc adjoindre aux développements de Maine de Biran ceux de la psychanalyse. Chez Maine de Biran, c'est au vouloir que revient le pouvoir d'appropriation du corps et l'émancipation du corps de l'ordre biologique mais il faut encore se demander d'où provient ce vouloir. Il ne peut naître que d'une empreinte sur le corps laissée par l'action de l'autre. Si on soutient la thèse d'une origine pulsionnelle et corporelle de la pensée, penser la genèse de la pensée dans l'effort produit par le corps et à partir du primat de l'autre – pour paraphraser J. Laplanche – sont tout à faire compatibles.

Dans la théorie laplanchienne, la pensée naît de la séduction opérée par l'adulte. Cette séduction s'impose comme exigence de traduction. Mais cette traduction ne peut être qu'incomplète. Elle laisse derrière des résidus appelant sans cesse une nouvelle traduction. Cet inconscient constitué de résidus en appel d'une nouvelle traduction devient alors source de pulsion aux côtés de l'autre. Même les sources internes de la pulsion sont donc apportées par l'autre, de l'extérieur. Il n'y a toutefois pas passage directement d'un inconscient à un autre. La traduction reste du ressort de la compétence de l'enfant. Ce qu'apporte la philosophie des principes de Maine de Biran, c'est de considérer que l'appropriation des états du corps passe par un mouvement volontaire et un effort. L'effort commence par le geste et la pensée traductive commence par l'effort moteur (C. Dejours, 2009, op. cit.)

Dans la situation anthropologique fondamentale, il y a des situations où les sollicitations et les demandes de l'enfant sont accueillies par la haine du corps de l'enfant ou par le déchainement érotique c'est-à-dire par le non renoncement à la satisfaction libidinale directe. Dans ces cas de figure, la pensée de l'enfant est empêchée, arrêtée et les zones du corps concernées sont frappées de proscriptions ou d'exclusion du champ érotique rendant le futur adulte inapte à jouer de certains registres érotiques qui se repèrent par des maladresses, rigidités, froideurs...

en somme une inhibition du corps dans le commerce intersubjectif. L'excitation du corps ne peut pas être relayée par un travail de pensée et les messages ne peuvent être traduits. La pensée de l'enfant, dangereuse pour l'adulte, est neutralisée par l'action de ce dernier.

Dans le maillage érotique du corps, il y aurait des trous, des zones rendues impropices à la participation à « l'agir expressif », des fonctions exclues du champ érotique. Les registres du corps forclos du commerce intersubjectif seraient liés aux échecs de la subversion libidinale portant sur la fonction du corps organique (et non sur l'organe). La maladie se définit par une atteinte de la fonction érotique ou expressive, liée aux impasses psychiques parentales et au rapport qu'ils entretiennent avec la pensée. L'atteinte de la fonction biologique sur laquelle la fonction érotique était étayée venant en second. Cette atteinte de la fonction biologique provoquant à son tour une atteinte de l'organe.

La décompensation interviendrait quand le sujet se trouve contraint de mobiliser la fonction proscrire. Cette sollicitation contrainte activerait la violence compulsive face à laquelle le sujet n'aurait plus d'autre choix que de recourir à l'inhibition massive. C'est pour faire face et pour lutter contre le débordement de la violence compulsive que le sujet recourt à l'inhibition massive de toute action. Sans cette inhibition-là, la décompensation prendrait la forme d'une violence débridée, d'actes compulsifs. L'inhibition protégerait donc la subjectivité de son expropriation par les ravages de la violence.

Dans la psychose, selon C. Dejours (1990, 2003 a., 2009): **l'adulte ne cherche pas seulement à stopper la pensée de l'enfant mais à la détourner, la pervertir, la disqualifier. Il n'y a pas à proprement parler de perte de la réalité externe mais une perte du rapport au monde du fait de la défection de la perception de soi, du fait de la perte de réalité interne.** La pensée de l'enfant est tolérée mais tordue et déformée de sorte à ne pas menacer le clivage qu'eux-mêmes ont mis en place et qui leur permet de vivre. Ainsi certaines compétences cognitives de l'enfant peuvent se développer aussi longtemps qu'elles ne sont pas mises au service d'une pensée curieuse et propre à eux. Dans cette perspective, il n'y a pas de traumatisme passé présumé. Il aurait un « *défait de construction* » de l'armature érotique de l'individu le rendant vulnérable aux décompensations en cas de confrontation excitante impossible à reprendre par le travail de la pensée (lui-même incertain en raison des « accidents de la séduction »). Toute une vie peut donc en théorie se dérouler sans éclosion de la maladie sauf par le témoignage des différentes inhibitions dans le commerce intersubjectif.

Mais compliquons un peu l'affaire... dans cette perspective, tout le monde est concerné par ces accidents de la séduction. Tout le monde a en lui des restes de la séduction intraduisibles¹⁹⁹ qui constituent « l'inconscient amental », c'est-à-dire celui qui n'alimente ni ne provoque la pensée. Tout le monde serait donc vulnérable et susceptible de recourir à une pensée désincarnée (pour éviter la décompensation). Tout le monde est vulnérable à la décompensation. Mais même en cas de crise et de perte de la cohésion ou de la stabilité du Moi, il resterait des « résidus de pensée » (C. Dejours, 2003 a.) de sorte que même dans l'aliénation mentale, quelque chose du Moi demeure malgré le délire.

C'est la perception, faute de pouvoir être prise en charge par le préconscient et d'être reprise par la pensée, qui est déniée, forclosée ou rejetée. La pensée, coupée du corps pulsionnel est refusée mais non effacée ou détruite. Elle revient de l'extérieur, attribuée à un autre, sous forme délirante (on trouve là la symptomatologie du syndrome d'influence décrite par V. Tausk). Parfois ces perceptions ne peuvent être intégrées que sous forme d'interprétation délirante et reviennent de l'extérieur, sous une forme brute comme les hallucinations. Quand cette option n'est pas possible, le sujet se trouve contraint totalement dans l'inhibition. **Ce qui est attaqué par le patient schizophrène, c'est l'en-deça de la pensée elle, c'est la perception elle-même.**

Ce sont ces résidus de pensée qui sont des îlots à partir desquels le travail d'A.F.T. prend appui. Plus que de **greffes de transfert**, ce dont il s'agit c'est de **greffes pulsionnelles** qui ne se limitent pas à des sollicitations continues du corps mais aussi à des réinscriptions de ces sollicitations et de ces relances affectives dans le champ de la pensée, sous réserve que ces sollicitations ne soient pas vécues comme trop déstabilisantes par le patient et ne provoquent pas d'emballement de la dynamique pulsionnelle. L'aide médicamenteuse jouant sur les dynamiques sédatives et/ou désinhibitrices est nécessaire même si elle peut –et c'est souvent le cas d'ailleurs – être allégée au fur et à mesure de la prise en charge.

Dans la psychose, le sujet aurait à se protéger de toute expérience de sollicitation des zones proscrites ou muettes qui, sous l'effet de la sollicitation le confronteraient à l'expérience du vide en soi, de la non-vie. L'aperception, l'idéation ainsi que les fonctions affectives sont proscrites. Les défenses les plus massives consistant alors à une

¹⁹⁹ Et non des éléments *en attente de traduction* qui constituent l'inconscient enclavé de J. Laplanche.

inhibition de l'action tant sur le plan moteur que sur le plan de la pensée. L'inhibition de l'action est destinée à éviter au sujet de ressentir quoi que ce soit et montre ce qui était à la source de l'action : la pulsion. Il y aurait à la fois un renoncement pulsionnel assorti d'une défense contre pulsionnelle, barrant ainsi la voie durablement à toute possibilité de perlaboration de l'expérience du corps.

C'est la pulsion elle-même qui est visée. Elle représente une menace car elle est impossible à reprendre par le travail de pensée. L'excitation pulsionnelle autant interne qu'externe ne doit pas être perçue. L'organisation psychique se fait contre la pulsion elle-même et de cette impossibilité de ressentir la vie en soi découle l'incapacité de ressentir la proximité avec la mort. C'est ainsi que des patients psychotiques peuvent être retrouvés morts chez eux, faute de s'être alimenté et sans même velléité suicidaire ou délire actif. Ils peuvent oublier de manger ou de boire si un autre ne vient pas leur dire de le faire...

L'hypothèse de C. Dejours est que le sujet se défendrait de faire l'expérience du vide en lui (2009) mais il me semble que cette idée peut se discuter. Cette expérience a-t-elle été vécue ? Sinon comment comprendre que l'on cherche à se défendre de quelque chose que l'on n'aurait pas éprouvé ? On retombe sur les mêmes axes de discussion qu'avec le modèle proposé par R. Roussillon. Le sujet ne se défend-il pas plutôt de son impossibilité à lier l'excitation pulsionnelle ? Cette proposition pourrait se trouver en prolongement d'une autre notion avancée par C. Dejours, celle de la « pulsativité de la pulsion » (2005, op. cit.). Chez le sujet psychotique, la pensée c'est-à-dire le moyen de lier l'expérience pulsionnelle s'est présentée comme une voie sans issue. Dans la relation à l'adulte, la pensée ne s'est pas constituée comme l'issue possible face à l'excitation pulsionnelle. Elle n'a donc pas permis à l'enfant de maîtriser l'excitation pulsionnelle et dans le même temps, la perception de l'enfant a été désavouée. Dans une telle configuration, l'enfant ne peut faire confiance ni à sa perception ni à la possibilité de lier les excitations pulsionnelles qui lui arrivent par l'exercice d'une pensée propre et singulière. La seule issue restant alors de se défendre de toute possibilité d'excitabilité pulsionnelle.

Si on reprend la première théorie des pulsions distinguant pulsions d'auto-conservations – vectorisées vers la satisfaction des besoins – et pulsions sexuelles – qui ne vont pas dans la sens d'un abaissement des stimuli - et si la pulsion a toujours pour but la satisfaction, l'introduction du narcissisme amène avec elle l'idée que c'est le moi le destinataire de la demande de satisfaction portée par la pulsion. Or le moi n'éprouve aucune satisfaction à ne

sentir aucune excitation ni aucun stimulus. Les pulsions ne s'orientent donc pas uniquement dans le sens d'une extinction de l'excitation. L'excitation peut être en elle-même recherchée car elle est au principe de la possibilité d'une satisfaction.

La pulsion se fait connaître au moi par son pouvoir d'augmenter l'excitation, de générer du plaisir et du même coup par sa potentialité de destabilisation du moi, risque majeur pour la subjectivité. **L'activité pulsionnelle, principe vital et animique de la psyché représente en même temps un risque vital pour cette dernière.**

La pulsion se trouverait être à la fois principe de l'excitation et de sa maîtrise, de déliaison et de liaison, allant dans le sens opposé à l'excitation. Ce paradoxe trouverait son explication par la définition de la pulsion retenue par S. Freud en 1915 : comme « mesure d'exigence de travail imposée à l'âme du fait de son intrication avec le corps ». Générateur d'excitation, la pulsion imposerait en retour à l'âme un travail de liaison effectué par le Moi sous l'effet de l'action de la-dite pulsion. Ce travail participant à la maîtrise pulsionnelle consisterait en un réaménagement des liaisons précédemment effectuées. La pulsion agirait donc en deux temps distincts mais articulés : excitation d'abord et reprise de l'excitation dans un second temps. C'est ce que C. Dejours a proposé d'appeler la « pulsativité de la pulsion » désignant ainsi une rythmicité, un mouvement vital interne propre à l'appareil animique mais qui proviendrait du corps organique, physiologique en tant qu'objet de soins, d'une rythmisation et d'une subversion par l'autre maternant. La pulsion implantée par l'autre dans le corps deviendrait alors une seconde source d'excitation et d'investissement aux côtés de l'autre lui-même. L'objet de la pulsion, serait fondamentalement double : à la fois le corps et l'objet extérieur. Ce que S. Freud avait pointé en 1914 (voir infra).

Si la pensée est issue d'une expérience du corps, il faut supposer que l'inhibition viserait à se défendre de la pulsion parce qu'elle ne peut pas faire l'objet d'une reprise par le « travail » imposé à l'appareil animique.

A chaque fois que le processus de subversion libidinal est « appelé » par la rencontre du monde extérieur (la rencontre de la sexualité et de l'autre, la rencontre avec le travail dans le champ social etc.) supposant chez l'individu des remaniements des liaisons pulsionnelles qu'il avait déjà dû effectuer, ce travail n'est pas possible laissant l'individu en proie au déferlement anarchique de l'excitation. Le processus pulsionnel ne pouvant aboutir à la maîtrise de l'excitation ne peut représenter qu'un danger pour le sujet alors contraint de

devoir réprimer le processus puis d'inhiber toute fonction susceptible de faire apparaître une source d'excitation.

Le sujet ne pouvant courir le risque de l'excitation illimitée, elle fera l'objet d'une inhibition massive et afin de prévenir les risques d'une levée de l'inhibition, la pulsion subit un traitement différent de celui de la liaison par la pensée. Le circuit en deux temps doit être interrompu et l'excitation résiduelle ne trouvant plus de voie de liaison par la pensée, elle vient perturber provisoirement ou durablement la fonction biologique sur laquelle elle était étayée, c'est-à-dire la cognition.

De pulsatile, la pulsion est rendue disruptive.

« Disruptif/disruptive » : se dit lorsque l'électricité traverse un isolant en altérant provisoirement ou durablement son organisation mécanique ou chimique. Se dit également d'un élément perturbateur et/ou perturbant. Étymologiquement, désigne ce qui sert à rompre.

Les deux corps en présence dans la situation d'A.F.T. se sont pas les mêmes, ni symétriques. Ils ne se distinguent pas par un degré d'immaturation mais par un degré de colonisation, de subversion érotique du corps biologique. Il serait absurde de soutenir l'idée que l'un serait subverti et l'autre non. Toutefois, l'un et l'autre n'ont pas connu la même histoire libidinale. L'un et l'autre ne se sont pas construits de la même manière.

Nous sommes bien d'accord sur le fait que l'humain, l'humanité du corps – c'est-à-dire son modelage par la colonisation pulsionnelle – naît bien d'une rencontre mais d'une rencontre entre le domaine du biologique et du sexuel, aboutissant au détournement du premier par le second, le tout se jouant sur le terrain fonctionnel du corps. L'hypothèse retenue ici de la subversion de l'ordre biologique par l'ordre du sexuel, la subversion libidinale – car elle accorde une place au biologique comme au sexuel et à l'image du corps – impose de faire référence à la notion laplanchienne d'implantation du sexuel pour qualifier l'action maternelle originaire. Il ne s'agit pas d'une simple participation qui conduirait à supposer une préexistence du sexuel et un développement intrinsèque du côté de l'enfant, permis et accompagné par l'objet maternant. Il me semble que son action est plus fondamentale et radicale que cela.

Pour habiter son corps et penser, il faut que le corps biologique soit en bon état. Il faut qu'il soit traité et soigné car le symptôme peut venir faire obstacle au travail d'élaboration du corps vécu dans la situation de rencontre intersubjective. Dans le même temps, intuitionner le monde et entretenir avec lui un rapport sensible permettant de l'habiter ne repose pas sur des qualités de sensibilité supposées là de facto. Elles se construisent, se déconstruisent, se détruisent et peuvent se reconstruire. La sensibilité au monde et à la vie ne sont pas innés. Ces qualités se construisent sur fond d'une autre qui doit lui préexister, l'endurance face au déplaisir, aux déconvenues et à la souffrance qu'ils impliquent. C'est cette endurance qui soutient les essais répétés.

C'est par l'engagement du soignant que l'apragmatisme - entendu comme la forme de cristallisation massive de l'inhibition de l'action - est amendé. Des effets sur l'atteinte de la volition dépendent de la mobilisation du corps érotique. Autrement dit, on ne peut espérer des effets durables des méthodes d'entretiens motivationnels ou autre coaching auprès de patients psychotiques car les lignes défensives ne sont déplaçables que dans cette mobilisation du corps érotique du patient... qui ne peut avoir lieu que par la mobilisation de celui du soignant. Dans l'apragmatisme, l'atteinte de la volition est secondaire à l'inhibition de l'action et à l'atteinte de l'économie pulsionnelle²⁰⁰.

Lever le symptôme ne revient pas à l'interpréter mais le laisser prendre une place dans l'économie de l'agir expressif. Dans le traitement des psychoses dissociatives, il ne s'agira pas seulement de libérer la fonction expressive du corps mais la réinscrire dans une valence communicationnelle. Accuser réception des mouvements du corps et les réinscrire comme énigmes et sources potentielles d'une pensée refondée dans sa potentialité liante.

Alors pour reprendre notre question initiale : L'A.F.T., ça marche comment ?

Le côtoiement quotidien d'un autre sollicitant autour des fonctions du corps peut constituer un danger car il représente une source d'excitation pulsionnelle, il sollicite ce qui a été proscrit. Le risque, c'est la desinhibition comportementale, contenue par les traitements médicamenteux. Dans un deuxième temps, en entretien, sera alors proposé le travail de reprise de ces sollicitations pulsionnelles et érotisantes. En somme, le dispositif reprend de manière décondensée la « pulsativité de la pulsion » qui avait été court-circuitée. Le dispositif se charge de rendre acceptable l'excitabilité pulsionnelle

²⁰⁰ Ce qui laisserait à penser que la volonté, loin d'être pure affaire d'entendement est au contraire affaire d'affectivité.

tout en tentant de la réinscrire dans le champ d'une pensée non proscrite des états du corps.

Au terme de ce cheminement et à partir de la clinique du travail des familles d'accueil en psychiatrie adulte, nous pouvons avancer l'idée que ce qui caractérise la psychose dissociative, ce n'est pas le déficit mais l'inhibition.

Cette inhibition touche les fonctions affectives et perceptives du corps. Elle représente une modalité défensive ne découlant pas d'un traumatisme mais d'un *défait de constitution du corps érotique entraînant une économie pulsionnelle singulière et que j'ai proposé d'appeler disruptive*. Ce défaut de constitution n'est pas irréversible mais le traitement thérapeutique de ces patients nécessite – condition sine qua non – la mobilisation du corps érotique des soignants.

Conclusion

La clinique de l'accueil familial thérapeutique pour des patients adultes de psychiatrie plonge celui qui s'y intéresse de l'intérieur dans la perplexité le contraignant à interroger son fonctionnement. Cette pratique ancestrale et pourtant largement méconnue, voire désavouée par la communauté scientifique, pousse le clinicien hors des sentiers battus et à interroger les présupposés qui alimentent la définition même du soin et de l'activité clinique en psychiatrie. En tout cas pour celui qui se risque à vouloir le penser de manière exigeante et rigoureuse, qui accepte de se voir déplacé dans les repères qui ont jusqu'alors codifié à la fois sa pratique, ses positionnements théoriques, éthiques et moraux. Ce faisant elle pousse à décroquer le champ du soin bien au-delà des murs de l'hôpital et du domaine de la médecine dite scientifique.

Cette clinique pose une question de manière frontale : peut-on faire l'économie d'une théorie du travail en pratique psychiatrique ? Cette thèse aura voulu démontrer que cela n'est pas possible si l'on veut se maintenir dans une dynamique théorico-clinique vivante, condition de sortie de crise dans laquelle la psychiatrie est aujourd'hui plongée. Certes les arguments de cette thèse sont essentiellement théoriques mais en soulevant des questions pratiques, ils mettent en avant une certaine conception du travail de soin en psychiatrie. Cette thèse nous a ainsi conduits sur le terrain à résister, non sans souffrance, à des réorganisations concrètes du travail hospitalier qui viennent dégrader la qualité du soin offert à nos patients. Auprès de nos collègues, parfois dans l'adversité, ce travail a soutenu notre conviction profonde de ne pas abandonner la notion de corps érotique au quotidien... mais au contraire d'en faire un levier puissant de transformation subjective chez nos patients englués dans des problématiques psychotiques ; de ne pas céder aux chants des sirènes d'un modèle de soutien psychique intersubjectiviste désexualisé. Face à la promotion des approches « motivationnelles », cognitivo-comportementales, à la « paire-aidance », à la réhabilitation psychosociale... et même aux pratiques sans référence autre que celle du fonctionnement neurochimique cérébral, tenir la centralité du sexuel et le modèle psychanalytique en psychiatrie adulte aujourd'hui ne va plus de soi... il impose aux psychanalystes de remettre en travail leur propres modèles et cadres de pensée, à partir de la clinique et dans toute sa complexité notamment en prenant en compte les données issues du champ social.

Ce que ce travail de recherche nous a permis d'éprouver aussi c'est la difficulté à tenir la tension entre le travail pratique de terrain et l'élaboration théorique ; les allers-retours entre clinique et théorie ne faisant que nourrir mais aussi déplacer l'un et l'autre. Les modèles

théoriques que les psychologues et les soignants en général soutiennent ont des conséquences directes sur leur manière de pratiquer le soin à l'hôpital... une gageure qu'il faut pourtant répéter et entendre dans toutes ses implications. Inversement, les impasses auxquelles nous a conduit la fétichisation de la question du « cadre » - au détriment de la pensée critique des « outils » - exigent aujourd'hui la discussion des modèles épistémologiques qui les ont promus. Un enjeu qui nous semble de taille notamment dans le cadre de l'enseignement de la discipline à l'université.

Conclure ce travail d'écriture est extrêmement difficile car cela exige à la fois de synthétiser ce cheminement – sans répéter ce qui a été écrit - mais aussi d'entre-ouvrir des portes, des pistes de recherche aperçues... tout en résistant à la tentation de ne pas, pour l'heure, les suivre. Si le travail d'écriture doit s'arrêter pour prendre forme, le travail de recherche, lui, ne fait que débiter.

Plusieurs hypothèses ont donc été soutenues tout au long de ce cheminement théorico-clinique. Ce qu'il s'est agi de démontrer, c'est que l'analyse du travail de soin permet de relancer des pistes en matière de psychopathologie fondamentale et de métapsychologie. Cela nous conduit à considérer la psychodynamique du travail – et la théorie du travail qu'elle promet – comme une ressource nouvelle pour relancer les perspectives de recherche en psychopathologie générale. Au décours de ce parcours, cela nous a amené à devoir réinterroger les modèles dominant la scène psychanalytique actuellement, essentiellement les théories de la relation d'objet et le modèle du traumatisme. Et ainsi de proposer, dans le prolongement de l'œuvre de J. Laplanche – notamment la question de l'assignation - et de C. Dejours, une théorie sociale psychanalytique fondée sur un renouvellement de la conception de la famille et du maternel permise par l'introduction, aux côtés de la centralité du sexuel infantile, de la centralité du travail. La proposition du travail maternel introduit la question du travail mené par la mère, par l'adulte pris dans la situation anthropologique fondamentale, situation originaire rendant compte du surgissement de l'inconscient et de la pulsion. Cela nous permet d'explorer les conditions du surgissement de la pulsionnalité et de l'inconscient, de nous approcher un peu plus de l'originaire, de nous aventurer sur le terrain des enjeux psychiques du travail de soin maternel du côté de celui qui est en charge de devoir

l'accomplir²⁰¹. Le maternel est un travail vivant, non pas comme une simple activité mais la mise en jeu du corps et de la subjectivité dans le but d'une production dans le champ social qui débouche sur la transformation de l'ensemble des acteurs concernés. Le travail ainsi défini n'est plus une action sur un objet laissant le sujet au décours de cette rencontre identique à lui-même mais qui le déplace, le transforme et le rend vivant. La famille s'organise autour des liens affectifs mais également à partir d'une organisation du travail domestique lui-même articulé à l'organisation sociale en générale.

Cette thèse n'est pas une thèse sur la famille ni une thèse sur la psychiatrie ou alors pas seulement. Sans faire l'économie de se confronter à la question du genre –inévitable quand on entend penser le travail-, elle ne se place pourtant pas dans une perspective féministe militante. Les enjeux politiques sont présents, imposés par la rigueur de la pensée critique. Sur ce point précis, les débats sont nécessaires et pointus, en particulier avec les éthiques du Care – et je pense en particulier aux travaux de J. Tronto, S. Ruddick et P. Molinier - et la psychanalyse. C'est un enjeu pour l'avenir même de la psychanalyse que de se saisir des questions du genre, mais sans se dessaisir de ce qui la définit, la centralité du sexuel. De ce point de vue, la clinique du travail nous semble donc être un terrain de choix pour alimenter les discussions critiques. Loin d'être cantonnés à la sphère académique, ces débats sont cruciaux dans notre société actuelle. La question de la genèse du sexuel, au carrefour des théories de l'attachement, du Care et de la psychanalyse sont des enjeux majeurs aujourd'hui pour la psychanalyse et la psychologie clinique... et par voie de conséquence pour l'avenir du soin à l'hôpital. Ils ont également des conséquences sur l'action sur le terrain, y compris en clinique du travail²⁰².

Il y a là des enjeux de politique sanitaire mais aussi de politique sociale. Il s'agit de penser la famille également comme lieu d'apprentissage de la citoyenneté, de transmission de l'érogénité et de la vie, de construction du « lien social » et de transmission des valeurs. Il ne

²⁰¹ Et non pas seulement du côté du bénéficiaire.

²⁰² En soutenant l'hypothèse d'une « éthique de l'amour » comme stratégie défensive, P. Molinier (2013), figure majeure dans l'histoire de la psychodynamique du travail, semblait tenir un point de vue plus proche des théories de l'attachement que de la psychanalyse. Au cours de son œuvre²⁰², P. Molinier s'est déplacée par rapport à la doctrine psychanalytique. Cet éloignement ou plutôt ce déplacement vis-à-vis de la doctrine psychanalytique devrait se traduire par des méthodes d'intervention sur le terrain et une posture du clinicien sans doute décalés par rapport à ce qui était envisagé par le fondateur de la discipline, C. Dejours. Si on relit les textes de P. Molinier en étant attentif à la place qu'elle accorde à la centralité du sexuel, on notera un déplacement entre les textes de 2003 et celui de 2013 sans nul doute à mettre en lien avec la rencontre des éthiques du care.

s'agit pas seulement de faire le constat de la désagrégation de ce lien social et de la solidarité dans nos sociétés mais de penser leurs conditions d'émergence : comment dans les familles, la violence naît et comment elle peut faire – ou non - l'objet d'un traitement et d'une transformation. A la suite des travaux de M. Salmona (1994), on pouvait déjà le supposer : Ce n'est pas le grand air ou l'éloignement de la ville qui transforme les adolescents violents et/ou délinquants confiés à des paysans mais bien le rapport au vivant. En suivant cette piste, on en conclurait que la violence traduirait un trouble du rapport à la vie en soi et d'un brouillage des assignations éthiques transmises à nos enfants dans les familles.

S'ouvrent ainsi tout le champ de la violence dans le champ social, des liens entre créativité et destructivité notamment à l'adolescence, du retrait psychique²⁰³ mais aussi la question de la vulnérabilité à la psychose. Si la vulnérabilité à la psychose se pose comme une réalité du corps, le corps dont il est question, nous l'avons vu, n'est pas celui de la biologie ou de la génétique mais le deuxième corps – le corps érotique. Ce corps touché par la psychose, c'est le corps de la pulsion construit dans le commerce avec l'adulte et produit du travail vivant qu'il a à accomplir. Cette vulnérabilité à la psychose, nous avons proposé d'en parler en termes de « disruptivité pulsionnelle ».

Alors devant nous se dressent la question du narcissisme et celle de la sublimation, des conditions de sa mise en œuvre ou de son empêchement, du rôle tenu par l'objet concret et matériel dans le processus.

²⁰³ Des études récentes mettent en avant le concept de « hikikomori » chez l'adolescent japonais : replié chez lui, l'adolescent résisterait à son insertion dans le champ social mais sans manifester de signes psychotiques francs. Ce trouble désigné comme « psychosocial » serait réactionnel à la pression et à l'organisation élitiste de la société japonaise qui pouvait être porteuse pour leur construction identitaire tant que les débouchés dans l'insertion socioprofessionnels étaient possibles. Face aux crises socio-économiques et la fermeture de ces horizons d'insertion sociale, l'adolescent réagirait par un vécu de honte profond, d'isolement et de repli sur la sphère familiale.

Bibliographie générale

ABRAHAM, K. (1908) Les différences psycho sexuelles entre l'hystérie et la démence précoce in *Œuvres complètes* (tome I). Paris : Payot, 1965, pp. 36-47.

ABRAHAM, K. L'histoire d'un chevalier d'industrie à la lumière de la psychanalyse, *Œuvres complètes, Tome II (1913-1925), Développement de la libido, formation du caractère. Études cliniques*. Paris : Payot, 1966.

ALAPETITE, M. Avant propos in DELION P. (ed), *Corps, Psychose et Insitution*. Toulouse, Erès, 2007, pp7-8.

ADORNO, T. *Minima Moralia : Réflexions sur la vie mutilée*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2003.

ALLOUCH, E. Psychothérapie et médiations corporelles: vers une poétique du corps in BRUN, A (ed), *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse : Le carnet psy, Erès, 2011, pp89-100.

ANDREASEN, N. - C. Negatives symptoms in schizo, définition and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, pp. 784-788.

ANZIEU, D. Du plaisir à la pensée in ZAZZO, R. (ed), *L'attachement*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1974, pp 140-154.

ANZIEU, D. (1984) *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod, 1999.

ANZIEU-PREMMEREUR, C. Fondements maternels de la vie psychique, *Revue Française de Psychanalyse*, 2001/5. vol. 75. Paris : Presses Universitaires de France, pp 1449-1488.

APPEL, G. & DAVID, M (1973) *Lóczy ou le maternage insolite*. Toulouse : Erès, 2008.

ARIETI, S. *Interpretation of schizophrenia*. New York: Basic books, 1974.

BAILLON, G. *Les usagers au secours de la psychiatrie*. La parole retrouvée. Toulouse : Erès, 2009.

BARREAU, P. ; DUPUY, O. ; GADEYNE, B. ; GARNIER B. & VELASCO, A. *L'accueil thérapeutique familial pour adultes : Des familles qui soignent ?* Paris : Lavoisier, 2011.

BARROIS C. *Psychanalyse du guerrier*. Paris : Hachette, 1993.

- BASAGLIA, F. (1968) *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. Paris : Le Seuil, 1970.
- BATESON, G. (1956) Vers une théorie de la schizophrénie in *Vers une écologie de l'esprit* 2. Paris : le Seuil, 2008.
- BENSLAMA, F. Le métissage de l'inconscient. *L'Information psychiatrique*, 2000, Vol. 76, pp. 249-251
- BENVENISTE, E. *Problèmes de linguistique générale I et II*. Paris : Gallimard, 1974.
- BERNARD, C. (1865) *Introduction à la médecine expérimentale*. Paris : Flammarion, 1993.
- BLEICHMAR, S. *La fondation de l'inconscient et la clinique de l'enfant*. Paris, Presses Universitaires de France, 2000.
- BLEULER, E. (1911) *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies*. Paris : GREC/EPEL, collection : Ecole lacanienne de psychanalyse, 2001.
- BION, W.- R. (1961) *Recherches sur les petits groupes*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002.
- BION, W.- R. (1962) *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003.
- BION, W.R. (1965) *Transformations, le passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris : Presses Universitaires de France, 3^{ème} édition, 2010.
- BISIAUX, F. *Le soin maternel*. Paris : PUF, 2013.
- BOWLBY, J. & MILLER, E. & WINNICOTT, D.W. (1945) L'évacuation des jeunes enfants in *Les enfants et la guerre*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2014, pp17-19.
- BOWLBY, J. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*, 1940, 21, pp154-178.
- BOWLBY, J. The study and reduction of group tensions in the family. *Human Relations*, 1949, 2, pp123-128.

BOWLBY, J. *Maternal care and mental health*. Report prepared on behalf of the World Health Organization Monograph, Genève, 1951. Téléchargeable sur internet: [http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_2_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/monograph/WHO_MONO_2_(part1).pdf)

BOWLBY, J. The Nature of the Child's Tie to His Mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 1958, 39, pp 350-371.

BOWLBY, J. (1969) *Attachement et perte, Tome I*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002.

BOWLBY, J. (1973) A control Theory of attachment behaviour in *Attachment and Loss, Vol II, Anxiety and Anger*. New-York: Basic Books, 1976.

BRÉMAUD, N. Note sur le négativisme schizophrénique. *L'évolution psychiatrique*, 2010, N°75, pp 445-453.

BRUN, A. *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris : Dunod, 2007

BRUN, A. *Les médiations thérapeutiques*. Toulouse : Le carnet psy, Erès, 2011

BREUER, J. et FREUD, S. (1895) Les études sur l'hystérie in FREUD, S. *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome II, pp9-332). Paris : Presses Universitaires de France, 2009.

BOURDIEU, P. *Le sens pratique*. Paris : Editions de minuit, 1980.

BOURGUIGNON, O. (1976) Quelques textes freudiens sur la politique. *Revue Perspectives Psychiatriques « la famille »*, 1976, n°55, pp33-42.

BOWEN, M. A family concept of schizophrenia in ACKSON, D.D. *The etiology of schizophrenia*, New York: Basic Books, 1960, pp 346-372.

BRUSSET, B. Sur le maternel et la sexualité, *Revue Française de psychanalyse*, 2011/5. Vol. 75, Presses Universitaires de France, pp1577-1582.

BUTLER, J. *La vie psychique du pouvoir. L'assujettissement en théories*. Paris : Leo Scheer, 2002.

BUTLER, J. *Le récit de soi*. Paris : Presses Universitaires de France, 2007

CANGUILHEM, G. (1943) *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France, 2013

- CARPENTER, W. - T.; HEIMICH D. - W. & WAGMAN, A. M. I. Deficit and non deficit forms of schizophrenia: the concept. *American Journal of Psychiatry*, 1988, 145, pp. 578-583.
- CARPENTIER, N. Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences sociales et santé*, 2001, Vol. 19, n°1, pp. 79-106.
- CEBULA, J.-C. Famille et Institution in SANS P. (éd.) *Les placements familiaux thérapeutiques*. Paris : Fleurus, 1987, pp 257-284.
- CÉBULA, J.- C. *L'accueil familial des adultes*. Paris : Dunod, 1999.
- CÉBULA, J.- C. (éd) *Guide de l'accueil familial*. Paris : Dunod, 2000.
- CÉLÉRIER, M.-C. Avant-propos et argument, L'affect d'un corps à l'autre, *Champ Psychosomatique*, 2006, N°42, pp 5-9.
- CHAPLAIN, D.-L & CUSTOS-LUCIDI, M.-F. *Les métiers de la petite enfance : des professions en quête d'identité*. Paris : Syros la découverte, 2001.
- CHODOROW, N.-J. *The reproduction of mothering : Psychoanalysis and the sociology of Gender*. Berkley: University of California Press, 1979.
- COOPER, D. (1967) *Psychiatrie et Anti-psychiatrie*. Paris : Le Seuil, 1970
- COOPER, D. (1971) *Mort de la famille*. Paris : Le Seuil, 1972.
- CRIGNON, C. *Le Mal*. Paris : Garnier Flammarion, 2000.
- DAMAMME, A. & PAPERMAN, P. Temps du care et organisation sociale du travail en famille. *Temporalités*, 2009, n°9. Texte Téléchargeable : <https://temporalites.revues.org/1036>
- DEJOURS, C. (1980) *Travail, usure mentale*. Paris : Bayard, 2008.
- DEJOURS, C. *Recherches psychanalytiques sur le corps*. Paris : Payot, 1989.
- DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E. L'interprétation psychosomatique de la schizophrénie et l'hypothèse de la somatisation cérébrale. *Entrevues*, 1990, pp34-45.
- DEJOURS, C. Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. *Education permanente*, 1993, N°116, pp 47-70.

DEJOURS, C. Les rapports domestiques entre amour et domination. *Travailler*, 2002, 8, pp27-43.

DEJOURS, C (2003. a) *Le Corps d'abord. Corps érotique, corps biologique et sens moral*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2003.

DEJOURS, C (2003. b) Réhabiliter la normalité, *Le passant ordinaire, l'homme normal*, juin-septembre 2003.

DEJOURS, C. Le corps comme exigence de travail pour la pensée in DEBRAY, R. ; DEJOURS, C. & FÉDIDA, P. *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris : Dunod, 2005, pp 63-106

DEJOURS, C. *Travail vivant*, Tome I. Paris : Payot, 2009.

DEJOURS, C. & GERNET, I. *Manuel de psychopathologie du travail*. Paris : Elsevier Masson, 2012.

DEJOURS, C. (ed) *Conjurer la violence. Travail violence et santé*. Paris : Payot, 2011.

DEJOURS, C. (2014. a) La Sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse, *Revue française de psychosomatique*, 2014/2, n°46, pp 21-47

DEJOURS, C. (2014. b) Conférence « Corps narcissisme et travail », *Colloque Corps et au Narcissisme, Organisé par l'association Corps et Psyché, Dijon, 14 et 15 Novembre 2014*.

DEJOURS, C. Genre et théorie sexuelle in *La conviction, Annuel de l'APF, 2015/1*. Paris : Presses Universitaires de France, pp 159-170.

DELARUE, J. - M. *Banlieues en difficultés : la relégation*. Paris : Syros, 1991.

DELION, P. L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps in *Corps, Psychose et Institution*. Toulouse : Erès, 2007, pp 9-20.

DEMAEGDT, C. L'embarras du travail dans l'étiologie psychanalytique des névroses de guerre, *L'information psychiatrique*, 2013/89, pp 651-659.

DEMAEDGT, C. Traumatisme et travail : un siècle après les névroses de guerre, *Champ Psy*, 2014/2, N°66, pp 81-101.

De MASI, F. *Vulnérabilité à la psychose*. Paris : Les éditions d'Ithaque, 2011.

De MIJOLLA-MELLOR, S. *Le besoin de savoir. Théories et mythes magico-sexuels dans l'enfance*. Paris : Dunod, 2002

DESCARTES, R. (1641) *Méditations métaphysiques*. Paris : Flammarion, 2009.

DESSORS, D. (ed) *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail*. Toulouse : Erès, 2012.

DÉTIENNE, M. et VERNANT, J.-P. (1974) *Les Ruses de l'intelligence, la Métis des grecs*. Paris : Flammarion, coll. « Champs », 2009.

DEUTSCH, H. Sur le mensonge pathologique (Pseudologia phantastica) in *Les introuvables, cas cliniques et autoanalyse, 1918-1930*. Paris : Le Seuil, 2000.

DEUTSCH, H. L'imposteur : contribution à la psychologie du moi d'un type de psychopathe in *La psychanalyse des névroses et autres essais : étude de clinique psychanalytique*. Paris : Payot, 1970.

DEUTSCH, H. (1973) *Autobiographie*. Paris : Mercure de France, 1986.

DEUTSCH, H. *La psychologie des femmes. Tome I : Étude psychanalytique. Enfance et adolescence. Et tome II, Maternité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1987.

DEWEY, J. 1899-1924:1907-1909. *Middle Works vol.4*. Southern Illinois University Press, 2008.

DEWEY, J. (1918-1944) *La formation des valeurs*. Paris : Les empêcheurs de tourner en rond, 2011.

DEWEY, J. (1916) *Démocratie et éducation*. Paris: Armand Colin, 1990.

DEWEY, J. (1925) *Experience and Nature*. Paris : Gallimard, 2012.

DEWEY, J. (1938) *Logique : la théorie de l'enquête*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006.

DIATKINE, R. (1988) Quelques considérations actuelles sur la psychothérapie des schizophrènes in LAMBERT, P.-A. (ed.), *Sur quelques aspects des progrès en psychiatrie ces trente-cinq dernières années : enseignements et perspectives*. Paris : Masson. Cité par KAPSAMBÉLIS, V. (2009).

DIATKINE, R. (1996) Un débat encore vif : la sexualité in COURNUT, J. (ed), *Psychanalyse et sexualité. Questions aux sciences humaines*. Paris: Dunod, 1996.

DIMITRIADIS, Y. Existe-t-il des affections psychosomatiques du cerveau ? *Recherches en psychanalyse*, 2009, N°7, pp 9-24.

DIMITRIADIS, Y. Le concept heuristique d'affections psychosomatiques du cerveau, *L'évolution psychiatrique*, 2013, N°78, pp 290-300.

DORNES, M. *Psychanalyse et psychologie du premier âge*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002.

Du TERTRE, C. Économie servicielle et travail : contribution théorique au développement « d'une économie de la coopération ». *Travailler*, 2013/1 n° 29, pp. 29-64.

ENGELS, F (1884) *Les origines de la famille, de la propriété privée et de l'Etat*. Paris : Les éditions sociales, 1975.

ESQUIROL, D. *Des maladies mentales considérées du point de vue médical, hygiénique et médico-légal*. Paris : J-P. Baillière, 1838, consulté en ligne le 15/07/2014. .
<https://play.google.com/books/reader?printsec=frontcover&output=reader&id=AYW5C8ftXpQC&pg=GBS.PA2>

EY, H. & ROUART, J. (1936) Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie. *Volume III des Monographies neuro-psychiatriques*, L'Encéphale, Doin, 1938.

EY, H. (1938) *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Paris : L'Harmattan, 2000.

EY, H. (1955) *Schizophrénie, études cliniques et psychopathologiques*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1996.

EY, H. (1975) *La notion de schizophrénie : Le séminaire de Thuir. Février-Juin 1975*. Paris : Bibliothèque neuro-psychiatrique de France, Desclée de Brouwer, 1977.

FALRET, J.-P & LASEGUE, E.-C. (1877) La folie à deux ou folie communiquée in FALRET, J.-P., *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris : J.-B. Baillière, 1890, pp 545-583. Consulté sur internet le 15/07/2014:
<http://visualiseur.bnf.fr/Visualiseur?Destination=Gallica&O=NUMM-76614>

FANON, F. (1961) *Les damnés de la terre*. Paris : Maspero, 1968.

FAVRET-SAADA, J. *Les mots, la mort, les sort : la sorcellerie dans le bocage*. Paris : Gallimard, 1977.

FAVRET-SAADA, J. & CONTRERAS J. *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le bocage*. Paris : Gallimard, 1981.

FLANDRIN, J.-L. *Familles, parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*. Paris : Le Seuil, 1974.

FONAGY, P. Psychosexuality and psychoanalysis: An overview, in KRAUSE P. F. R. et LEUZINGER-BOHLEBER M., *Identity, gender and sexuality*. London : Karnac, 2006. pp1-19.

FOUCAULT, M. (1961) *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*. Paris : Gallimard, 1972.

FOUCAULT, M. (1975) *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 1993.

FOUCAULT, M. & FARGE A. (1982) *Le Désordre des familles. Lettres de cachet des archives de la Bastille au XVIIIème siècle*. Paris : Folio, 2014.

FRANKFURT, H. - G. *The importance of what we care about*. Cambridge University Press, 1988.

FREUD, S. (1894) Les psychonévroses de défense in *Névrose, Psychose et perversion*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, pp 1-14.

FREUD, S. (1895) Esquisse d'une psychologie scientifique in *La naissance de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 7eme édition, 1996, pp 307-396.

FREUD, S. *Lettres à Wilhelm Fliess : 1887-1904*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006.

FREUD S. (1899-1900) L'interprétation du rêve, *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome IV). Paris : Presses Universitaires de France, 2003.

FREUD, S. (1901) Du rêve in *Œuvres complètes : Psychanalyse* (tome V, pp 15-71). Paris : Presses Universitaires de France, 2003.

FREUD, S. (1905-1915) Trois Essais sur la théorie sexuelle in *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome VI, pp 59-181). Paris : Presses Universitaires de France, 2006.

FREUD, S. (1908. a) Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans in *Cinq Psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, pp111-228.

FREUD, S. (1908. b) La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes in *La vie sexuelle*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997, pp 28-46.

FREUD, S. (1910) Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci, Paris, Gallimard, 1987.

FREUD, S. (1911. a) Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique in *Œuvres complètes de Psychanalyse* (tome XI, pp 13-21) Paris : Presses Universitaires de France, 1998.

FREUD, S. (1911. b) Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa, Le président Schreber in *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, pp263-324.

FREUD, S (1912-1913) Totem et Tabou in *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome XI, pp189-385). Paris : Presses Universitaires de France, 2009.

FREUD, S. (1914) Pour introduire le narcissisme in *La vie sexuelle*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997, pp81-105.

FREUD, S. (1915) Pulsions et destins des pulsions in *Œuvres Complètes : Psychanalyse*, (tome XIII pp 163-185). Paris, Presses Universitaires de France, 1988,

FREUD, S. (1916) Quelques types de caractères dégagés par le travail psychanalytique in *L'inquiétante étrangeté*. Paris : Gallimard, 1985.

FREUD, S. (1917) Deuil et mélancolie in Métapsychologie, *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome XIII, pp259-278). Paris : Presses Universitaires de France, 1988.

FREUD, S. (1915-1917) Leçons d'introduction à la psychanalyse in *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome XIV, pp9-247). Paris : Presses Universitaires de France. 2000.

FREUD S. (1920. a), Rapport d'expertise sur le traitement électrique des névrosés de guerre in *Résultats, idées, problèmes I*. Paris : Presses Universitaires de France, 1984.

FREUD, S. (1920. b) Au-delà du principe de plaisir in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981, pp 41-115.

FREUD, S. (1921), Psychologie des foules et analyse du moi in *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001, pp117-217.

FREUD, S. (1923) Le Moi et le Ça in *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome XVI, pp 257-301). Paris : Presses Universitaires de France, 1991.

FREUD, S. (1924. a) Névroses et psychose in *Névrose Psychose et Perversion*. Paris : Presses Universitaires de France, 1973, pp 283-286.

FREUD, S. (1924. b) La perte de la réalité dans la névrose et la psychose in *Névrose, Psychose et Perversion*. Paris : Presses Universitaires de France, 1973, pp299-303.

FREUD, S. (1925) Quelques additifs à l'ensemble de l'interprétation des rêves in *Résultats, Idées, Problèmes II*. Paris : Presses Universitaires de France, 1985, pp. 141-152.

FREUD, S. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999.

FREUD, S. (1927) L'avenir d'une illusion in *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome XXVIII, pp141-197). Paris : Presses Universitaires de France, 1994.

FREUD, S. (1929) Le malaise dans la culture in *Œuvres Complètes : Psychanalyse* (tome XVIII, pp245-334). Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

FREUD, S. (1932) La féminité, Cinquième conférence in *Nouvelles conférences d'Introduction à la Psychanalyse*. Paris : Folio Essais, 1989.

FREUD, S. (1937) *L'analyse finie et l'analyse infinie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

FREUD, S. (1938) *L'abrégé de psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 9^{ème} édition, 1978.

FROMM-REICHMANN, F. Transference problems in schizophrenia. *Psychoanalytic Quaterly*, 1939, 8, pp 412-426

FROMM-REICHMANN, F. Notes on the development of treatment of scizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 1948, 11, pp263-274.

- FULGENCIO, L. Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *International Journal of Psychoanalysis*, 2007, N°88, pp 443-461.
- GANEM, V. La désobéissance à l'autorité. L'énigme de la Guadeloupe. Paris : PUF, 2011.
- GARRABÉ, J. Préface in EY, H. *Schizophrénie, études cliniques et psychopathologiques*. Paris, les empêcheurs de penser en rond, 1996.
- GARRABÉ, J. *La schizophrénie, un siècle pour comprendre*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, La Découverte, 2003.
- GAUTHIER, S. Philippe Paumelle, homme de pensée et d'action et la fondation du 13^{ème}. in CHILAND, C. (éd.) *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*. Toulouse : Erès, 2010.
- GENTIZON, J.-M. La colonie de Dun-sur-Auron en 1976. *L'Information psychiatrique*, 1976, vol. 52. n°8., pp 973-978.
- GERNET, I. & CHEKROUN, F. Travail et genèse de la violence. A propos des soins aux personnes âgées, *Travailler*, 20, 2008, pp 41-60.
- GILLIGAN, C. (1982) *Une voix différente: pour une éthique du care*. Paris : Champ Flammarion, 2008.
- GIRARD, M. Le maternel : quel appui pour la séparation ? *Revue Française de Psychanalyse*, 2011/5., vol. 75, Presses Universitaires de France, pp 1731-1738.
- GIRARD, M. Les fondements des concepts de base de la métapsychologie freudienne chez Winnicott ?? *Revue Française de Psychanalyse*, 2013/3. Vol. 77. Paris : Presses Universitaires de France, pp842-865.
- GOFFMANN, E. (1961) *Asiles*. Paris : Les éditions de Minuit, 1968.
- GOLSE, B. *Du corps à la pensée*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001.
- GREEN, A. Passion et destin des passions, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1980, vol. 21, Gallimard, pp 5-42.
- HARLOW, H. The nature of Love. *American Psychologist*, 1958, 13, pp 673-685.
- HARLOW, H. H. F. les affectivités in ZAZZO, R. (ed), *L'attachement*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1974, pp 58-72.

HARRUS-RÉVIDI, G. Préface à WINNICOTT, D. W. *La relation parent-nourrisson*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2011.

HARRUS-RÉVIDI, G. *Ne bouge pas tu vas tomber. Réussir malgré ses parents*. Paris : Payot, 2015.

HEGEL, G.W.F. (1809-1816) *Propédeutique philosophique*. Paris: Editions de Minuit, 1963.

HELD, V. *The Ethics of Care*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

HENRY, M. *La Barbarie*. Paris : Grasset, 1987.

HENRY, M. (1963) *L'essence de la manifestation*. Paris : Presses Universitaires de France, 1990.

HENRY, M. *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Paris : Le Seuil, 2000.

HIRATA, H. Travail et affects. Les ressorts de la servitude domestique. *Travailler*, 2002, 8, pp11-26.

HOCHSCHILD, A. (1983) *The managed Heart*. Berkeley: University of California Press.

HOCHSCHILD, A. Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 2003, N°9, pp 19-49.

HOCHSCHILD, A. Le nouvel or du monde, *Nouvelles questions féministes*, 2004, 23 (3), pp 59-74.

HUME, D. (1739) Les distinctions morales ne dérivent pas de la raison in *Traité de la nature humaine III, I, I*. Traduction P. Folliot, 2006. Consulté sur internet le 03.01.2014. http://classiques.uqac.ca/classiques/Hume_david/traite_nature_hum_t3/traite_nature_hum_t3.html

JONES, M.-S (1952) *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*. London : Tavistok.

JOHNSTONE, E. - C.; CROW, T. - J.; FRITH, C. - D.; HUSBAND, J. & KREEL, L. (1976) Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Lancet*, 2 (7992), pp 924-926.

JODELET, D. *Folie et représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

KAËS, R. (1976) *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod, 2010.

KAPSAMBÉLIS, V. L'opposition inhibition /déficit dans la schizophrénie. Éléments pour une discussion historique, épistémologique, clinique. *Revue Française de Psychanalyse*, 2009/2, Vol. 73. Paris : Presses Universitaires de France, pp 349-367.

KAPSAMBÉLIS, V. Accueillir les patients psychotiques les plus gravement perturbés in SASSOLAS, M. Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ? Toulouse : Erès « Santé mentale », 2012, pp 33-46.

KAPSAMBÉLIS, V. 50 ans après : la crise du secteur. Quelques réflexions en guise de conclusion in CHILAND, C. ; BONNET, C. & BRACONNIER A. (ed.) *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*. Toulouse : Erès, 2010, pp 427-448.

KERGOAT, D. *Les ouvrières*. Paris : le Sycomore, 1982.

KERGOAT, D. Penser la différence des sexes : rapports sociaux et division du travail entre les sexes », in MARUANI M. (éd), *Femmes, genre et sociétés*. Paris : La Découverte, coll. L'état des savoirs, 2005, pp. 94-101.

KNIEBIEHLER, Y. & FOUQUET, C. L'histoire des mères, du Moyen-âge à nos jours (1980). Paris : Poche pluriel, 1982.

KNIEBIEHLER, Y. *La révolution maternelle*. Paris : Perrin, 1997.

KNIEBIEHLER, Y. (sous la dir. de) *La maternité : affaire privée, affaire publique*. Préface de F. Héritier. Paris : Bayard, 2001.

KRISTEVA, J. La reliance ou de l'érotisme maternel. *Revue Française de Psychanalyse*, 2011/5. Vol. 75. Paris: Presses Universitaires de France, pp1559-1570.

LACAN, J. (1938) Les complexes familiaux dans la formation de l'individu in *Autres Ecrits*. Paris : Le Seuil, 2001, pp23-84.

LAING, R.-D. & ESTERSON, A. (1964) *L'équilibre mental, la folie et la famille*. Paris : petite collection Maspero, 1979.

- LAING, R.-D. (1971) *La politique de la famille*. Paris : Stock, 1972.
- LANGLADE, P. Misère de la psychiatrie: la vie asilaire, attitudes de la société, textes de malades, de médecins, d'un infirmier. *Esprit*, 1952, n° 197.
- LAPLANCHE, J. (1970-1973) *Problématiques I*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006
- LAPLANCHE, J. Préface in PANKOW, G. L'homme et sa psychose. Paris : Flammarion Champs Essais, 1973, pp 9-12.
- LAPLANCHE, J. (1980) *Problématiques II, Castration – symbolisations*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998.
- LAPLANCHE, J. *Problématiques III. La sublimation*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008.
- LAPLANCHE, J. (1987) *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008.
- LAPLANCHE, J. (1990) Implantation, intromission in *Le primat de l'autre en psychanalyse - Travaux 1967-1992*. Paris : Flammarion, 1999, pp. 355-358.
- LAPLANCHE, J. *Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud*. Paris : Les empêcheurs de tourner en rond, Synthélabo, 1993.
- LAPLANCHE, J. *Entre séduction et inspiration : l'Homme*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999.
- LAPLANCHE, J. Le genre, le sexe, le sexual. *Libres Cahiers pour la Psychanalyse, Sur la théorie de la séduction*, 2003, pp. 69-103.
- LAPLANCHE, J. *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien 2000-2006*. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.
- LAPLANCHE, J & PONTALIS J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige, 1998.
- LAUGIER, S. ; MOLINIER, P. & PAPERMAN, P. *Qu'est-ce que le Care ?* Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2009.

LEBOVICI, S. A propos du travail de R. Zazzo « l'attachement ». Quelques réflexions d'un psychanalyste in ZAZZO R. (ed.) *L'attachement*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1974.

LEMERT, E.-M. *Social pathology*. New York: McGraw-Hill, 1951.

LEVY, D.-M. *Maternal Overprotection*. New-York: Columbia University Press, 1943.

LIDZ, T.; CORNELISON, A. – R.; FLECK, S. & TERRY, D. The intrafamilial environment of schizophrenic parents, II: Marital Schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 1965, 114, pp 241-248.

Mac DOUGALL, J. *Eros aux mille visages*. Paris: Gallimard, 1996.

MAHLER, M. On child psychosis and schizophrenia. Autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of Child*, 1952, vol. 7, pp286-305. Consulté en ligne le 02/02/2015. <http://www.pep-web.org>.

MAINE DE BIRAN, (1807) De l'aperception immédiate. Mémoire de Berlin in *Œuvres*, tome IV. Paris : Vrin, 1995.

MAINE DE BIRAN, (1812) Essai sur les fondements de la psychologie in *Œuvres*, tome VII, vol. II. Paris : Vrin, 2001.

MALINOWSKI, B. The problem of Meaning in primitive languages in OGDEN C. - K et RICHARDS A. - I., *The Meaning of Meaning*. London: International Library of Psychology, 1923, pp. 296-336.

MALRIEU, P. Contribution in ZAZZO, R. (ed), *L'attachement*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1974, pp 106-117.

MAUSS, M. (1934) Les techniques du corps, *Journal de Psychologie*, XXXII, 3-4, 15 mars-15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934.

MELTZER, D. & HARRIS, M. Les deux modèles du fonctionnement psychique selon M. Klein et selon W.R. Bion. Séminaire donné le 4 avril 1978. *Revue Française de Psychanalyse*, 1980, N°2. Paris : Presses Universitaires de France, pp 356-367.

MENTZOS, S., *Lehrnbuch des Psychodynamik*. Göttingen : Vandenhoeck und Ruprecht, 2010.

MESSER, J. Reconceptualizing Maternal Work : Dejours, Ruddick and Lionel Shriver's We need to talk about Kevin, *Women's Studies International Forum*, n°38, 2013, pp 11-20.

MINKOWSKI, E. La schizophrénie. Paris : Payot, 1927.

MOLINIER, P. Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes. *Travailler*, 1999, N°3, pp. 73-86.

MOLINIER, P. *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2003.

MOLINIER, P. (2009. a) Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance ». *Temporalités*, N°9. Texte téléchargeable : <https://temporalites.revues.org/988>

MOLINIER, P. (2009. b) Vulnérabilité et dépendance. De la maltraitance en régime de gestion hospitalière in JOUAN, M. & LAUGIER, S. *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris: Presses Universitaires de France, pp 433-458.

MOLINIER, P. *Le travail de Care*. Paris : La dispute, 2013.

MOREL, B. A. (1857) *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris : J.-P. Baillière, 1857. Consulté sur internet le 15/07/2014. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850762.r=morel+trait%C3%A9+des+d%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9scences.langFR>

MINSKY, M. (1986) *La société de l'esprit*. Paris : Interéditions, 1988.

NEAU, F. Introduction, *Cruautés*. Paris : Presses Universitaires de France. Petite Bibliothèque de Psychanalyse, 2014, pp11-24.

NODDINGS, N. (1984) *Caring, a feminist approach to Ethics and Moral Education*. Berkley: University of California Press, 2003

NUSSBAUM, M. *Knowledge Essays on philosophy and Litterature*. Oxford: University Press, 1990.

ODIER, B. *Les sociétés de patronage d'aliénés guéris et convalescents au XXème siècle*. Thèse, Paris, La Pitié Salpêtrière, 1982.

OGDEN, H. Parler, rêver in *L'année psychanalytique internationale*, 2008/1. Paris : In Press, pp117-131.

OURY, J. *La psychothérapie, de Saint-Alban-sur-Limagnole à La Borde*, extrait d'une conférence faite à Poitiers le 15 mars 1970.

OURY, J. *Psychiatrie et psychothérapie Institutionnelle*. Paris : Payot, 1977.

OURY, J. ; GUATTARI, F. & TOSQUELLES F. *Pratique de l'institutionnel et politique*. Matrice, 1985

PACHOUD, B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'Information psychiatrique*, 2012, Vol. 88, pp 257-266.

PHARO, P. *L'injustice et le mal*. Paris : L'Harmattan, 2000.

PLATON. *Théétète, Timée, Critias*. Paris : Flammarion, 1999.

PLATON, *Le Banquet*. Paris : GF, 2007.

PANKOW, G. *La structuration dynamique dans la schizophrénie*. Bern : Huber, 1956.

PANKOW, G. (1969) *L'homme et sa psychose*. Paris : Flammarion, Champs Essais, 1973.

PANKOW, G. (1977) *Structure familiale et psychose*. Paris : Flammarion, Champ Essais, 2004.

PARAT, H. L'érotique maternelle et l'interdit primaire de l'inceste. *Revue Française de Psychanalyse*, 2011/5 – Vol. 75. Paris : Presses Universitaires de France, pp 1609 -1614.

PAUMELLE, P. (1952) *Essai de traitement collectif du quartier d'agités*. Rennes : ENSP Editions, 1999.

PAUMELLE, P. Réflexions à propos de la création d'un service psychiatrique de secteur in *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Tours, juin 1959. Paris : Masson, pp 681-687.

PINEL, P. (1802) *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse: recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës faits à la Salpêtrière*. Consulté en ligne le 11/07/2014. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76646t>

- RACAMIER, J.- P. (1992) *Le génie des origines*. Paris: Payot, 1992.
- RACAMIER, J.- P. (1995) *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Dunod, 2010.
- RACINE, Y. (1978) *Introduction au maternage*. Paris : C.E.M.E.A Éditions du scarabée, collection de la bibliothèque de psychiatrie pratique, 1978.
- REICH, W. (1932) *L'irruption de la morale sexuelle*. Paris : Payot, 1999.
- REICH, W. (1936) *Die sexuelle Revolution*. Berlin: Fischer Taschenbuch Verlag, 2004.
- RENAULT, E. Dewey et la centralité du travail, *Travailler*, 2012/2, n°28, pp 125-148.
- REZENDE CARDOSO, M. Surmoi et théorie de la séduction généralisée. *Psychanalyse à l'université*, 1993, 18, 71. Paris : Presses Universitaires de France, pp87-100.
- RICOEUR, P. Le scandale du mal. *Esprit*, Juillet-Aout 1988.
- RICOEUR, P. *Le mal : un défi à la philosophie et à théologie*. Genève : Labor et Fides, 1978
- ROUSSEAU, J.-J. (1762) *L'Emile*. Paris : Gallimard-Flammarion, 2009.
- ROUSSILLON, R. (1991) *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France. 2005.
- ROUSSILLON, R. (1995) *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003.
- ROUSSILLON, R. La fonction symbolisante de l'objet. *Revue Française de Psychanalyse*, 1997, 2. Paris : Presses Universitaires de France, pp399-413.
- ROUSSILLON, R. (1999. a) Traumatisme primaire, clivage et liaisons primaires non symboliques in *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses Universitaires de France, pp9-34.
- ROUSSILLON, R. (1999. b) Violence et culpabilité primaire in *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses Universitaires de France, pp78-94.
- ROUSSILLON, R. (1999. c) La terreur agonistique et le psychotique in *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, pp 138-158
- ROUSSILLON, R. (2008. a) *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod, 2008.

- ROUSSILLON, R. (2008. b) *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008.
- ROUSSILLON, R. Le concept du maternel primaire. *Revue Française de Psychanalyse*, 2011/5, Vol. 75. Paris : Presses Universitaires de France, pp1497-1504.
- ROUSSILLON, R. Conférence inaugurale *Colloque Corps et au Narcissisme, Organisé par l'association Corps et Psyché, Dijon, 14 et 15 Novembre 2014*.
- RUDDICK, S. (1989) *Maternal Thinking. Toward a politics of peace*. Boston: Beacon Press, 1995.
- RUDDICK S. Injustice in Families: Assault and Domination in HELD. V. (ed.) *Justice and Care*. Boulder: Westview Press, pp 213-214, 1995.
- SADOCK, V. L'enjolivement de la réalité, une défense féminine ? Etude auprès des auxiliaires puéricultrices. *Travailler*, 2003/2, n°10, pp 93-106.
- SALMONA, M. (1994. a) *Souffrances et résistances des paysans français*. Paris : L'Harmattan, 1994.
- SALMONA, M. (1994. b) *Les paysans français. Le travail, les métiers, la transmission des savoirs*. Paris : l'Harmattan, 1994.
- SANS, P. (ed) *Les placements familiaux thérapeutiques*. Paris : Fleurus, 1987.
- SANS, P. *Soins et placement en famille d'Accueil*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1991.
- SANS, P. *Le placement familial, ses secrets et ses paradoxes*. Paris : L'Harmattan, 1997.
- SASSOLAS, M. (ed), *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* Toulouse : Érès « Santé mentale », 2012.
- SCARFONE, D. La déssexualisation, *Trans*, 8, pp 127-144.
- SCARFONE, D. Laplanche and Winnicott meet... and survive, in *Sex and sexuality: Winnicottian perspectives*. London: Karnac Books, 2005.
- SCHEFF, T.-J. *Being mentally ill*. Chicago: Aldine, 1966.

- SCHMID-KITSIKIS, E. Modèle de la pulsion, modèle du rêve dans la théorie de W.R. Bion. *Revue française de psychanalyse*, 2006/5, vol. 70. Paris : Presses Universitaires de France, pp 1577-1584.
- SCHNEIDER, J. - A. Du travail du rêve de Freud au travail de rêverie de Bion : l'évolution de la conception du rêve dans la théorie psychanalytique. *L'année psychanalytique internationale*, 2011/1. Paris : In Press, pp 103-126.
- SCHNEIDER, M. *La détresse. Aux sources de l'éthique*. Paris: Le Seuil. 2011.
- SCHURMANS, D. Enjeux de terres, jeux de parole. Lierneux in SANS, P. (ed) *Les placements familiaux thérapeutiques*. Paris : Fleurus, 1987, pp.193-240.
- SCHURMANS, M. - N. La représentation sociale de la maladie mentale in SANS, P. (ed) *Les placements familiaux thérapeutiques*. Paris : Fleurus, 1987, pp208-210.
- SIMON, H. La Psychothérapie à l'asile, *L'Hygiène mentale*, 1, 1933.
- SIVADON, P. *Psychiatrie et socialités*. Toulouse : Erès, 1993.
- SPINOZA, B. (1661-1675) *Ethique II*, 37-40. Paris : Flammarion, 1993.
- SPITZ, R. - A. Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child I*. New York: International Universities Press, 1945.
- SPITZ, R. - A. et WOLF K.- M. Anaclitic Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child II*. New York: International Universities Press, 1946.
- STEIN, R. De la traduction et de ses échecs. Trad. M. Montes de Oca. *Psychiatrie française, Le concept d'inconscient selon Jean Laplanche*, 3/2006, vol. XXXVII. Paris : pp136-147.
- STERN, D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
- SWAIN, G. et GAUCHET. M. (1980) *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris : Gallimard, 2007.
- SZASZ, T.- S. (1961) *Le mythe de la maladie mentale*. Paris : Payot, 1977.
- THERY, I. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui*. Rapport à la ministre de l'emploi et de la solidarité et au garde des Sceaux, ministre de la justice. Paris : Odile Jacob, 1998.

TOSQUELLES, F. *Éducation et psychothérapie institutionnelle*, Matrice, 2001.

TOSQUELLES, F. *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Ramonville Saint Agne : Eres, 2009.

TREHEL G. Hélène Deutsch (1884-1982) : théorisations sur les troubles psychiatriques des femmes pendant la Première guerre mondiale. *L'Information psychiatrique*, 2007/4, Volume 83, pp. 319-326.

TREMINE, T. Les psychoses de relégation : désorganisation psychique, exil et banlieue. *L'information psychiatrique*, 2004, Vol. 80, pp 443-458.

TRONTO, J. & FISHER, B. Toward a Feminist Theory of Caring in ABEL, E. & NELSON, M. *Circles of Care*. Albany: SUNY Press, 1990.

TRONTO, J. (1993) *Moral Boundaries: A political Argument for an Ethic of Care*. New-York: Routledge, 1994.

VON BUELTZINGSOEWEN, I. *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation*. Paris : Flammarion, 2009.

VON BUELTZINGSOEWEN, I. D'un lieu de vie à un lieu de soins ? Les transformations du recours à l'hôpital psychiatrique dans la France de l'après-guerre (1945-1960) in SASSOLAS, M., *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* Paris : Erès « Santé mentale », 2012, pp. 13-24.

SOARES A., Les émotions dans le travail. *Travailler*, 2003, N°9, pp 9-18.

WHARTON, A. - S. & ERICKSON, R. - J. Managing Emotions on the Job and at Home: Understanding the Consequences of Multiple Emotional Roles. *Academy of Management Review*, 1993, 18 (3), pp. 457-486.

WIDLÖCHER, D. Clinique psychanalytique et psychotropes, dépression et anxiété, *Revue Française de psychanalyse*, 2002, Vol. 66. Paris : Presses Universitaires de France, pp 409-422.

WINNICOTT, D.W. (1939-1949) *Les enfants et la guerre*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1945) Le développement affectif primaire in *La relation parent-nourrisson*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2011, pp. 31-67.

WINNICOTT, D.W. (1952) Psychose et soins maternels in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. J. Kalmanovitch. Paris : Payot, 1969, pp187-197.

WINNICOTT, D.W (1956) La tendance anti-sociale in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. J. Kalmanovitch. Paris : Payot, 1969, pp 292-302.

WINNICOTT, D. W. (1961) *La relation parent-nourrisson*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2011.

WINNICOTT, D. W. (1961) La relation parent-nourrisson : Remarques complémentaires. *Revue Française de Psychanalyse*, t. XXVII, 1963, pp487-490.

WINNICOTT, D. W. (1962) Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant in *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris : Payot, pp 9-18.

WINNICOTT, D. W. (1963) Elaboration de la capacité de sollicitude in *Processus de maturation chez l'enfant : Développement affectif et environnement*. Paris : Payot, 1974, pp 31-42.

WINNICOTT, D. W. (1971) La créativité et ses origines in *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975, pp 91-119.

WINNICOTT, D. W. (1975) La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, pp 35-44.

WISNER, A. *Quand voyagent les usines*. Paris : Syros, 1985.

WOLFF, S. Le sexuel dans la psychanalyse contemporaine : histoire d'une disparition. *Revue Française de Psychanalyse*, 2008/4. Vol.72. Paris: Presses Universitaires de France, pp 1155-1171.

WYNNE, L. - C.; RYCROFF I. - M.; DAY, J. & HIRSCH, S.- I. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 1958, 21, pp 205-220.

ZAZZO, R. et coll., *L'attachement*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1974.

ZIELINSKI, A. L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, décembre 2010, Tome 413, pp 631-641.

Ouvrages de fiction et/ou de littérature

DOSTOÏEVSKI F.- M. *Les frères Kramazov*. Paris : Le livre de poche, 1994.

DOSTOÏEVSKI F.- M. *Le journal d'un écrivain (1873-1881)*. FB éditions, 2015.

DOSTOÏEVSKI F.- M. *Le songe d'un homme ridicule*. Paris : Folio, 2010.

GIAMBATTISTA, B. *Pentamerone*. T-Fisher Unwin, 1912.

GRIMM, J. & W. *Peau Mille Bêtes in Contes*. Paris : Folio, 1976.

HUGO, V. (1862), *Les Misérables*. Paris : Le livre de poche, 1998.

LOUIS, E. *Pour en finir avec Eddy Bellegueule*. Paris : Le Seuil, 2014.

MELVILLE, H. *Bartleby*. Paris: GF, 2012

PEREC, L'homme qui dort. Paris : Denoël, 1967.

PEREC, G. (posthume) *L'infraordinaire*. Paris : Le Seuil, 1989.

PERRAULT, C. *Peau-d'Âne in Contes*. Paris : Le livre de poche, 2006.

SHAKESPEARE, W. (1623) *Richard III in Œuvres complètes* tome I. Paris : La Pléiade, 1959.

SHRIVER, L. (2003) *We need to talk about Kevin*. Paris: « J'ai lu ». Traduction de Françoise Cartano, 2006.

STRAPAROLA, G.-F. *Nuits facétieuses*. Paris : José Corti, 1999.

Annexes :

Index des situations cliniques

La situation de placement de Florent chez Mme B. : page 181

La situation de placement d'Anatole chez Mme B. : page 186

La situation de placement de Guillaume chez Mme N. : page 189

La situation de placement de Mohamed et Ernest chez Mme L. : page 211

La situation de placement de Mohamed chez Mme L. : page 219

La situation de travail de Mme E. et sa prise en charge de Florent : page 248

La situation de travail de Mme D. et sa prise en charge de Paul et Séverine : page 256

La situation de travail de Mme S. et sa prise en charge de William : page 261

La situation de travail de Mme Z. et sa prise en charge de Soulimane : page 270

La situation de travail de Mme Z. et sa prise en charge de Jean-Pierre et Charles : page 272

Projet de création du groupe de parole destiné aux familles d'accueil de l'UTAFa.

Fondement théorique de la création du groupe de parole destiné aux familles d'accueil.

Le placement thérapeutique en famille d'accueil de patients adultes de la psychiatrie convoque les limites du cadre et du dispositif thérapeutique classique essentiellement parce qu'il s'appuie sur le travail de personnes initialement non formées à l'accueil et au travail auprès de tels patients. Ces familles n'ont pas reçu de formation concernant l'approche des troubles psychiatriques. Sous le terme générique de « famille d'accueil », nous entendons qu'il s'agit d'une personne recrutée par l'hôpital mais qui ne se trouve pas seule dans la prise en charge à son domicile. L'ensemble du groupe familial, même si cela peut être de manière plus distanciée, se trouve confronté à l'accueil du patient. Les interactions du groupe familial ne sont donc pas sans conséquence sur le patient accueilli. Néanmoins, pour ce dernier, la personne recrutée par l'hôpital reste sa référence au domicile car elle est notre interlocuteur. Même si notre équipe doit prendre en compte les effets de l'interaction des membres de la famille, elle ne s'adresse qu'à celui qu'elle a recruté afin de relayer le cadre de la prise en charge mis en place par les équipes soignantes.

Même si les ressentis, les affects de tous les membres de la famille d'accueil sont pris en compte par l'équipe de l'UTAFa, un tel groupe de parole destiné aux familles d'accueil ne saurait se placer comme groupe de parole thérapeutique stricto sensu ni même sur le modèle de groupes proposés par certaines associations de famille de patients. Par ailleurs, les attentes formulées par les familles d'accueil lors de nos réunions annuelles se concentrent autour d'un besoin d'échanges et d'écoute de leurs pratiques de travail, en définitif très peu décrit. De la même manière, elles nous adressent souvent des questions concernant leur statut et leur place nous interpellant du côté d'un défaut de reconnaissance de leur travail.

L'exercice du travail situe toujours le sujet dans un rapport social et une dynamique collective. On travaille pour et avec les autres. La rencontre avec le travail représente ainsi une expérience irremplaçable d'apprentissage de formes spécifiques de coopération entre travailleurs. L'appartenance à un collectif de travail n'est pas spontanée mais passe par la confrontation, l'apprentissage et la participation à l'élaboration de règles de métier. Entre l'ingéniosité individuelle et la coopération, une place spécifique revient à la délibération sur

les modalités du travailler. Cet espace de délibération qui contribue à l'élaboration, mais aussi à la transmission des règles de métier, n'est pas prescrit mais négocié entre ceux qui travaillent. La reconnaissance par autrui est indispensable pour la validation d'une trouvaille initiée dans la confrontation avec le réel. Cette reconnaissance passe par des jugements formulés sur le travail qui témoignent de la valeur accordée à un procédé de fabrication, à une manière de faire, à une action. La dynamique de la reconnaissance convoque donc des jugements qui portent non seulement sur le travail individuel mais interrogent également la conception de la justice (action juste ou injuste) et de la solidarité. La validation du travail par la reconnaissance accordée par les autres est un élément majeur du sens subjectif du travail qui participe à la construction de l'identité. En l'absence de reconnaissance, le doute quant au rapport entretenu avec le réel apparaît. Quand ce doute s'installe, l'identité tout entière peut se trouver déstabilisée.

La reconnaissance passe par deux jugements : d'une part un jugement d'*utilité* (donné par les supérieurs, les subordonnés ou les clients) et d'autre part un jugement de *beauté*. Un sac de maroquinerie par exemple, ou de tout travail (réparer un moteur, confectionner un plat...) se voit apposé ces deux jugements. Un jugement que je désignerai comme vertical : les supérieurs ou les clients jugent de l'utilité du résultat du travail fourni. On le retrouvera sous la locution « c'est du *bon* travail ». Ce jugement s'établit par rapport à une norme externe à laquelle doit se conformer le produit du travail. Mais aussi un jugement horizontal c'est à dire ceux qui peuvent désigner un travail comme « mieux fait » par rapport à un autre. Il ne peut être porté que par les pairs. On le retrouvera sous la locution : « c'est du *beau* boulot » ou du « *sale* boulot ». Il ne s'établit quant à lui que par rapport à une *norme interne au corps de métier*. Il se décompose en deux temps : la conformité qui consacre l'appartenance à la communauté de métier et l'originalité de la contribution, ce en quoi le travail effectué fait la différence entre le sujet et ses pairs. La dynamique de la reconnaissance est une étape importante dans le processus sublimatoire. Être reconnu, c'est être admis comme ayant une vraie valeur. Le défaut de reconnaissance est l'une des plaintes les plus recueillies en clinique psychodynamique parce que la reconnaissance assure la rétribution symbolique. La mobilisation subjective dans le travail ne se soutient que par l'espoir d'un changement et d'un gain : une action sur le monde et une construction de soi, dans la relation à autrui engagée par la construction de l'oeuvre commune.

Comme tout travail fait à domicile, l'accueil de patients de la psychiatrie dispose d'une pauvre visibilité. De ce fait, les familles d'accueil souffrent parfois d'un défaut de reconnaissance de leur travail ; défaut renforcé par le manque d'étalonnage permettant de dire si le travail qui est fait est du bon travail ou du mauvais travail. De manière associée, les familles d'accueil souffrent du manque d'échanges au niveau de leurs pratiques avec leurs « pairs ». Actuellement, elles ne profitent pas des transmissions de savoir qui pourraient s'établir entre les familles ayant plus et moins d'expérience.

Il ne s'agira pas de faire de ce groupe un espace thérapeutique pour les familles mais de leur permettre de trouver un étayage théorique et pratique commun. Il s'agit de construire un référentiel de travail commun permettant à la dynamique de la reconnaissance (telle que la définissent les travaux de C. Dejours en psycho dynamique du travail) de s'initier.

Il ne s'agit pas de faire des familles d'accueil des infirmiers ou des aides médico-psychologiques à domicile. Les apports théoriques sur la maladie mentale peuvent faire partie de leurs demandes mais ils ne recouvrent pas la totalité de cette demande. De ce fait la structure de ces groupes ne pourra être que semi directive. En aucun cas il ne pourra s'agir de cours infirmiers ou de cours de psychopathologie mais d'échanges autour de pratiques de l'accueil à domicile de patients de la psychiatrie.

Mise en place et description du dispositif

Les intervenants : *psychologue et infirmière. Eventuellement un stagiaire*

Le temps : *une heure à une heure et demi puis un temps d'une demi heure pour les animateurs.*

La fréquence : *une fois par mois (à réévaluer)*

Le cadre : *salle de réunion de l'UTAF*

Frédérique DEBOUT

Le soin : du maternage au travail maternel.

Résumé

A partir de sa clinique au sein d'une unité d'accueil familial thérapeutique pour adultes psychotiques, l'auteure revient à la clinique et à la théorie des psychoses dissociatives non pas à partir d'une théorie des maladies mentales et d'une psychopathologie générale (comme peuvent l'être la psychanalyse, la phénoménologie ou l'organodynamisme) mais à partir du « travailler » et du « travail vivant » de ceux qui prennent soin de ces malades. Si on part de l'analyse pratique du soin (Accueil Familial Thérapeutique) avec les psychotiques et jusqu'à leur caractérisation clinique, on en arrive à une conception renouvelée de la psychose dissociative.

Ces hypothèses théoriques permettent alors à l'auteure de proposer une nouvelle anthropologie de la famille et du maternel, à partir des apports théoriques de la psychodynamique du travail.

Mots clés:

Soin – travail vivant – famille – maternel – psychose

Résumé en anglais

From her clinical experience in a therapeutic foster care unit for psychotic adults, the author returns to the clinic and the theory of dissociative psychosis, not from the perspective of the theory of mental illness and general psychopathology (as in psychoanalysis, phenomenology or organo-dynamism), but rather from the "work" and "living work" of those who care for these patients.

If one starts from the practical analysis of treatment (Therapeutic Foster Care) with psychotic patients and their clinical characterization, one arrives at a renewed understanding of dissociative psychosis.

These theoretical assumptions then allow the author to propose a new anthropology of the family and mother, rooted in theoretical contributions from the psychodynamics of work.

Key words

Care – living work – family - maternal - psychosis