



**HAL**  
open science

# Des "idiots" à l'hôpital psychiatrique depuis les années soixante : quand l'histoire institutionnelle devient celle du sujet

Isabelle Basset

► **To cite this version:**

Isabelle Basset. Des "idiots" à l'hôpital psychiatrique depuis les années soixante : quand l'histoire institutionnelle devient celle du sujet. Psychologie. Université de Picardie Jules Verne, 2022. Français. NNT : 2022AMIE0097 . tel-04483131

**HAL Id: tel-04483131**

**<https://theses.hal.science/tel-04483131>**

Submitted on 29 Feb 2024

**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.

# Thèse de doctorat

présentée à l'École Doctorale en Sciences humaines et sociales  
Centre d'Histoire des Sociétés, des Sciences et des Conflits (CHSSC)  
de l'Université de Picardie Jules Verne

par **Isabelle Basset**  
pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie Clinique

*Des « idiots » à l'hôpital psychiatrique depuis les années soixante : quand  
l'histoire institutionnelle devient celle du sujet*



Sous la direction de M. Philippe Spoljar

Soutenue publiquement le 16 décembre 2022, devant le jury d'examen

**M. Bernard Pachoud** Professeur de Psychopathologie,  
Université Paris Diderot, Président du jury

**Mme Isabelle Von Buelzingsloewen** Professeure d'histoire contemporaine,  
Université Lumière Lyon 2, rapporteure

**M. Denis Mellier** Professeur émérite de Psychologie Clinique et Psychopathologie,  
Université de Franche-Comté, rapporteur

**Mme Lise Demailly** Professeure émérite de sociologie,  
Université de Lille, examinatrice

**Mme Silke Schauder**, Professeure de psychopathologie,  
Université de Picardie, examinatrice

**M. Philippe Spoljar** Maître de Conférence HDR en Psychologie,  
Université de Picardie, directeur

## REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de thèse, Monsieur Philippe Spoljar, pour ses nombreuses lectures attentives, ses remarques et propositions toujours pertinentes et stimulantes. Son enthousiasme, son ouverture d'esprit, sa constance et sa patience sont des qualités rares qui m'ont été d'un grand soutien tout au long du travail.

Je remercie les membres de mon jury, Madame Isabelle Von Buelzingsloewen, Monsieur Denis Mellier, Madame Lise Demailly, Madame Silke Schauder et Monsieur Bernard Pachoud, d'avoir porté de l'intérêt à mon sujet et de m'avoir fait l'honneur d'y consacrer de leur temps. J'ai hâte de vous rencontrer et de pouvoir échanger avec vous autour de ma thèse.

Je remercie les accueillies et les accueillis de la maison d'accueil spécialisée ainsi que leurs familles et mes collègues. Chaque jeudi passé avec vous ne cesse de m'enrichir et de nourrir ma passion pour la psychologie clinique. La vie d'une institution n'est pas un long fleuve tranquille, mais nous y naviguons vaillamment ensemble depuis toutes ces années. Sans le savoir, vous avez contribué à ce que ce travail de recherche reste captivant au fil du temps.

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté de s'impliquer, tant physiquement que psychiquement, dans les entretiens de recherche. La remémoration de certains souvenirs a pu être une expérience émotionnelle singulière, et je vous suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée pour les laisser ainsi s'exprimer.

Je remercie le Docteur Nicolas Kandelaft pour son attention, son humanité et l'infailibilité de sa mémoire.

Je remercie Bertrand Debergue pour sa disponibilité de tous les instants et ses corrections rigoureuses.

## RÉSUMÉ

Ce travail s'appuie sur notre expérience de psychologue clinicienne dans une maison d'accueil spécialisée. L'institution, ouverte en 2003, a été créée par un hôpital psychiatrique afin d'y orienter ses patients déficitaires hospitalisés depuis l'enfance. Lors de notre arrivée dans l'institution en 2011, l'histoire subjective de chaque accueilli nous a semblé occultée par une histoire collective où se mêlaient nos représentations historiques de la psychiatrie asilaire évoquant la déshumanisation, la promiscuité et les mauvais traitements.

Dans les dossiers d'hospitalisation, nous avons retrouvé le terme générique d'« idiotie » et une certaine confusion diagnostique. Nous nous sommes alors intéressée aux conceptions historiques de l'idiotie pour y reconnaître leur influence sur le traitement, tant thérapeutique que social, de ces sujets présentant des pathologies de type archaïque. En envisageant l'histoire avec une dimension d'héritage transgénérationnel, nous avons éclairé la rémanence des thématiques anciennes d'incurabilité, d'inéducabilité et de dégénérescence, qui sont devenues peu à peu des représentations collectives. Ce sont leurs traces que nous avons étudiées tout au long de ce travail, leur transformation soutenant des processus fantasmatiques envahissants générant des expériences de honte, articulées aux mécanismes d'indifférenciation, de mésinscription et de liminalité. À partir d'un matériel clinique constitué des dossiers, des rencontres avec des familles, mais aussi avec des anciens soignants de l'hôpital, nous proposons qu'une démarche historisante et narrative devienne opérante pour les intervenants de la maison d'accueil spécialisée et ses accueillis, afin d'enrayer les mécanismes déshumanisants du clastique et de l'archaïque qui constituent cette clinique de l'extrême. Ainsi, considérer l'histoire singulière du sujet consiste à lui permettre d'occuper une place différenciée dans la relation intersubjective.

Notre thèse s'appuie sur un regard épistémologique au croisement des sciences humaines pour interroger le processus d'institutionnalisation de ces sujets déficitaires et ses impacts, dans une dimension tant métapsychologique que socio-historique. Nous l'articulons à l'évolution des politiques publiques concernant la psychiatrie et le champ médico-social en France.

**MOTS CLÉS :** clinique de l'extrême – pathologies de type archaïque – institution – histoire de la psychiatrie et du champ médico-social – liminalité – honte – mésinscription – identité narrative – historicité – contenance – analyse des pratiques –

---

## ABSTRACT

This research is based on the author's work as a clinical psychologist in a specialized care home. The institution, opened in 2003, was created by a psychiatric hospital to orient its deficient patients who had been hospitalized since childhood. When the author arrived at the institution in 2011, the subjective history of each patient seemed to be obscured by a collective history in which our historical representations of asylums, evoking dehumanization, promiscuity and ill-treatment, were mixed.

In the hospitalization files, the author found the generic term "idiocy" and some diagnostic confusion. She then looked at the historical conception of idiocy to recognize its influence on the treatment, both therapeutic and social, of these subjects with archaic pathologies. By considering history with a transgenerational inheritance dimension, she has shed light on the persistence of ancient themes of incurability, ineducability and degeneracy, which have gradually become collective representations. It is their traces that she has studied throughout this work, their transformation supporting invasive phantasmatic processes generating experiences of shame, articulated to mechanisms of indifferenciation, misinscription and liminality. Based on clinical material consisting of files, meetings with families, but also with former hospital carers, she proposes that a historicizing and narrative approach becomes operative for the workers of the specialized home and its residents, to curb the dehumanizing mechanisms of the clastic and the archaic which constitute this "extreme" clinical practice. Thus, considering the singular history of the subject consists in allowing him to occupy a differentiated place in the intersubjective relationship.

This thesis is based on an epistemological viewpoint at the crossroads of the human sciences in order to question the process of institutionalization of the subject with an intellectual disability and its impacts, in both a metapsychological and socio-historical dimension. The author links it to the evolution of public policies concerning psychiatry and the medico-social field in France.

**KEYWORDS:** "extreme" clinical practice - archaic pathologies - institution - history of psychiatry and the medico-social field - liminality - shame - misinscription - narrative identity - historicity - containment - analysis of practices -

---

# SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE</b> .....	1
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>I. DE « L'IDIOTIE » D'HIER AU « RETARD MENTAL PROFOND ET SÉVÈRE » D'AUJOURD'HUI : L'ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS ET DES REPRÉSENTATIONS COLLECTIVES DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE PROFONDE</b> .....	18
I.1. NOS ANCÊTRES LES ALIÉNISTES : PERSPECTIVE HISTORIQUE ET CONCEPTUELLE .	24
I.1.1. L'EMPREINTE D'ESQUIROL .....	38
I.1.2. LA THÉORIE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE .....	52
I.1.3. DISTINGUER L'INÉDUCABILITÉ DE L'INCURABILITÉ .....	70
SYNTHÈSE CONCLUSIVE .....	106
I.2. DES APPROCHES MODERNES QUI NE LE SERAIENT DÉJÀ PLUS .....	113
I.2.1. LA MISE AU TRAVAIL DES « DÉBILES PROFONDS » .....	122
I.2.2. LES <i>TENTATIVES</i> DE FERNAND DELIGNY .....	135
I.2.3. LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE : L'HUMANISATION DES ESPACES ET DES PRATIQUES .....	150
SYNTHÈSE CONCLUSIVE .....	175
<b>INTERMÈDE : AINSI (s'en) VA L'ASILE</b> .....	191
<b>II. ARTICULATION ENTRE HISTOIRE ET CLINIQUE : VERS L'HISTORICITÉ</b> .....	247
II.1. L'HÉRITAGE ET SA TRACE .....	253
II.1.1. UNE INSTITUTION AU MYTHE FONDATEUR ANTIASILAIRE .....	258
II.1.2. HONTE, CACHERIE ET SECRET : DES FAMILLES ABANDONNIQUES ABANDONNÉES .....	294
II.1.3. LES EFFETS DE LA RELÉGATION .....	345
SYNTHÈSE CONCLUSIVE .....	365
II.2. LA DÉMARCHE D'HISTORICISATION .....	371
II.2.1. L'ANAMNÈSE EN TANT QU'IDENTITÉ NARRATIVE .....	381
II.2.2. LA « FONCTION À CONTENIR » DE L'ARCHAÏQUE ET DU CLASTIQUE .....	402
II.2.3. SUBJECTIVATION DE L'ANIMALITÉ .....	431
SYNTHÈSE CONCLUSIVE .....	450
<b>CONCLUSION</b> .....	454
<b>ÉPILOGUE</b> .....	460
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	463



## PRÉAMBULE

Franchir la porte de la maison d'accueil spécialisée est une expérience peu banale.

Le bâtiment est récent, construit sur le terrain de l'ancien verger. Le hall est vaste et lumineux. Plusieurs personnes s'y trouvent, rassemblées, juste derrière la porte d'entrée. Elles guettent le visiteur et sont inévitables.

L'une se précipite vers vous, vous tend la main en poussant un « bonjouuuur !!! » tonitruant, elle arbore un large sourire édenté mais ne vous regarde pas forcément. Elle vous serre la main interminablement, avec une vigueur à vous démettre l'épaule.

Une autre, au visage cabossé, vous interpelle et vous montre son ventre en gémissant... Elle se plaint ? Puis elle vous tend le dos de la main, au niveau de votre nez comme s'il fallait humer son parfum ou la reconnaître grâce à son odeur.

Lorsque vous vous adressez à lui, un homme se cache le visage de ses mains et dit des mots que vous ne comprenez pas.

Plus loin, il y a celui qui se traîne par terre, sur les fesses, vous tournant le dos ; il en croise un autre qui fait tout doucement avancer son fauteuil roulant bancal. Ceux-là ne semblent pas vous voir.

Dans un coin, un corps couché par terre. Vous dormez ? Non. La dame se lève brusquement et file en courant dès que vous vous en approchez, comme si elle avait vu un fantôme.

Peut-être alors surgira un autre personnage, qui vous regardera fixement pour s'emparer rapidement – et sans délicatesse – de votre boucle d'oreille ou de l'un de vos boutons, s'ils brillent.

Vous croiserez aussi une petite femme recroquevillée, mais pourtant hissée sur la pointe des pieds, qui se balance d'avant en arrière en s'accompagnant d'un son rauque, ses mains serrées contre sa bouche grande ouverte. Ses yeux paraissent transparents...

On entend des cris et des rires au lointain. L'ambiance d'étrangeté est posée.

Des hommes et des femmes vivent dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique depuis plus d'un demi-siècle. Demeurés oubliés. Ils y ont été accueillis enfants et resteront là, certains jusqu'à la fin de leur vie, et peut-être au-delà s'ils sont inhumés au cimetière de l'hôpital.



Dès la toute petite enfance, d'autres sont passés par l'hospice avant d'être hospitalisés, souvent pour des troubles du comportement considérés comme des troubles psychiatriques aigus.

Lors de mon arrivée dans l'institution en 2011 comme psychologue clinicienne, j'ai entendu toutes sortes d'histoires. Une soignante m'a raconté qu'elle avait travaillé « là-haut » – dans les pavillons hospitaliers – et qu'elle connaissait ces patients « avant », lorsqu'on ne les habillait pas, lorsqu'ils vivaient reclus, dans la promiscuité, « attachés, lavés au jet d'eau et nourris à la gamelle ». On imagine les cachots humides et la litière du XIX<sup>ème</sup> siècle. « Ils font partie des murs », avait-elle conclu.

Les observations des professionnels transmettent souvent une connaissance attentive du sujet et de ses habitudes quotidiennes, on apprend la façon dont il convient de s'adresser à lui. On m'a expliqué de quelle façon celui-ci mangeait des mégots ou celle-là, pourtant si frêle, pouvait retourner une lourde table de salle à manger. Lorsque j'ai essayé d'en savoir un peu plus, sur celui-ci ou sur celle-là, j'ai réalisé que ces personnes n'avaient pas d'histoire subjective, qu'on ne pouvait les présenter qu'en s'appuyant sur leur histoire institutionnelle commune. Si l'on savait avec finesse qui elles étaient ici et maintenant, on ne savait pas d'où elles venaient, qui étaient leurs parents, de quels milieux elles étaient issues et comment, au juste, elles s'étaient retrouvées là. Évoquer leurs histoires nous entraînait invariablement vers l'état des anciens services de défectologie<sup>1</sup> asilaire, vers des histoires de soignants. S'appuyer sur la psychopathologie ou même sur la symptomatologie durant ce type d'échanges, dans l'interstice du détour d'un couloir, n'était pas non plus le moyen d'accéder au sujet de façon différenciée dans le discours des professionnels. Ils s'attachaient alors surtout à répondre à des comportements tout en étant engagés dans des relations de grande proximité et en se confrontant pourtant à chaque instant à la question du sens du symptôme.

Ainsi, au départ, la commande portant sur mon travail de psychologue clinicienne – la cinquième psychologue dans l'institution en huit ans – était centrée sur les comportements et les pratiques professionnelles. Il s'agissait de donner un avis technique, s'appuyant

---

<sup>1</sup> Daniel Karlin et Tony Lainé (1977) évoquent ainsi le glissement sémantique de ce mot : « le terme de *défectologie* signifie au départ science des états déficitaires profonds. Il est devenu un peu partout dans les asiles, un synonyme du mot poubelle ». p. 65.

essentiellement sur des connaissances en psychopathologie, pour trouver à résoudre telle ou telle difficulté posée au quotidien lorsque les accueillis ne se conformaient pas aux règles et aux normes de la vie collective dans l'institution. Or, se pencher sur l'actualité d'un sujet sans s'appuyer sur son histoire d'enfance nous a rapidement confrontée à des zones d'ombre, à de l'inexplicable. De la même façon, s'intéresser aux pratiques professionnelles dans un registre méthodologique nous conduit à nous heurter à des limites si nous n'interrogeons pas le lien construit au fil du temps entre le sujet et celui qui l'accompagne. Lorsque l'on s'inscrit dans cette institution, un indéfinissable sur le registre de l'archaïque nous saisit. Il devient difficile de structurer sa pensée, de se dégager d'une émotion souvent engluante. Des mécanismes, repérables dans le champ des cliniques institutionnelles, nous entraînent vers la confusion où le sujet s'estompe et s'accorde autour d'un mythe fondateur et d'un fonctionnement unitaire ritualisé.

Partir de ce fil d'histoire commune, puis s'attacher aux dates et au commencement fut un moyen pour démêler l'écheveau institutionnel et accéder à la subjectivation de chacun. Ainsi nous sommes-nous engagés, avec l'équipe de professionnels, dans une approche clinique. Ensemble, nous avons restitué son histoire à chaque sujet et nous nous sommes appuyés sur son expérience subjective afin d'essayer de dégager des pistes de compréhension pour, justement, saisir l'incompréhensible de ses comportements. Les dossiers d'hospitalisation des accueillis, des entretiens avec les acteurs ayant pu les rencontrer par le passé nous ont été d'une grande aide. Échanger avec les quelques familles présentes nous a aussi permis d'obtenir des éléments qui se recoupaient avec les souvenirs d'anciens soignants. Pour compléter cette démarche de recherche d'informations, l'histoire de l'hôpital, mais aussi celle de la psychiatrie et des politiques médico-sociales en France nous ont éclairée.

Les professionnels se présentaient dans une importante demande de soutien assortie d'un état de plainte quant à la pénibilité de leur travail qui semblait ne pas toujours faire sens. Alors, j'ai proposé aux professionnels de s'impliquer dans une démarche collective d'analyse des pratiques, afin, là aussi, de repérer des éléments d'histoire institutionnelle susceptibles d'éclairer des phénomènes de répétition et de déliaison au quotidien. Avec l'évolution de ces rencontres, les professionnels ont pu évoquer leurs relations aux patients dans un registre davantage émotionnel que technique, ce qui a également favorisé leur engagement dans cette proposition de démarche clinique.

À la même période, une nouvelle découverte m'intriguait. Deux sœurs s'étaient récemment présentées dans l'institution à la recherche d'un frère qu'elles ne connaissaient pas et dont leur père mourant leur avait révélé l'existence. Une longue enquête les avait menées jusqu'ici. Je réalisais alors que toutes ces personnes « placées » depuis si longtemps avaient une famille, ici ou là, dont elles constituaient peut-être le secret. J'apprenais qu'après leur décès, un notaire engagerait une recherche afin d'appliquer la succession. Cette démarche constituait donc une révélation du secret. Mais avant cela, le défunt serait inhumé dans le cimetière de l'hôpital, entouré des soignants tenant ainsi la place de la famille inconnue. C'est un questionnement éthique autour du sens que prendrait l'initiative d'une recherche de famille, du vivant de la personne accueillie, qui m'a mise au travail. J'avais alors le sentiment que de nombreux éléments d'analyse m'échappaient et que je me trouvais aux prises avec la confusion institutionnelle, mais aussi avec l'émotion que pouvaient me renvoyer ces sujets qui me semblaient au bout de l'humanité et leurs soignants, tout autant souffrants parfois.

Ce travail de doctorat en psychologie clinique est un outil, une recherche qui s'élabore et qui montre de quelle façon notre réflexion s'est peu à peu amendée en tant que support d'une pratique clinique évolutive. Le sujet, sa famille et les professionnels qui l'accompagnent en sont les supports principaux. Tenter d'articuler leurs expériences qui nous semblaient parfois extrêmes nous a amenée à les considérer dans une dimension épistémologique originale et transdisciplinaire, jusqu'à ce qu'en filigrane émerge une réflexion dans le champ politique et social que nous n'avons pas souhaité écarter de cette étude.

On pourrait penser « pauvre » la rencontre avec le sujet atteint de déficience intellectuelle profonde, ou profondément déficitaire, au vu de son absence de parole et de ses comportements archaïques. Son *inquiétante étrangeté* (Freud, 1919), sa *mésinscription* (Henri, 2012) et nos difficultés d'identification à son égard contribuent à cette représentation. Notre recherche nous a permis de construire une pratique spécifique à cette clinique de l'extrême, au sens développé par Simone Korff-Sausse (2006, 2007 *a*, 2011 *b*, 2016, 2021) à propos du champ du handicap. Nous avons alors pu découvrir de nombreuses ressources se rapportant au sujet avec une pathologie de type archaïque et à son accueil institutionnel, en France, au fil de l'histoire. Nous avons ainsi été amenée à considérer ce thème dans son ancienneté et dans une dimension transgénérationnelle.

Mais au-delà, nous avons eu le sentiment d'œuvrer en tant que porte-parole de ce sujet si démuné qui ne peut témoigner de son existence, dans une démarche modeste de restitution de sa place au sein du groupe social. En effet, venir au monde avec une grave anomalie semble sans cesse exposer le sujet à sa disparition. Au commencement, le sujet gravement déficitaire se trouve être un sujet en survie, exposé de façon massive et implacable au risque léthal, à une fragilité qui le place aux limites de l'humanité. Mais un autre phénomène nous est apparu, celui d'un mécanisme d'effacement du sujet, de désaffiliation, tant du groupe familial que du groupe social ou de l'institution. On ne sait que faire du sujet déficitaire qui ne trouve sa place nulle part, d'où l'état de relégation dont il a pu – et se trouve encore – être l'objet.

Ainsi, s'intéresser au sujet profondément déficitaire et transmettre notre préoccupation nous semble correspondre à une démarche pour sa réinscription au sein d'une société visant de plus en plus à la performance et à la normalisation de tous ceux qui diffèrent.

## INTRODUCTION

Notre recherche s'appuie donc sur une expérience institutionnelle de psychologue clinicienne. Elle se déroule dans une maison d'accueil spécialisée, ouverte en 2003 par un hôpital psychiatrique afin d'accueillir des patients dits « institutionnalisés ». En 2015, sur quarante sujets accueillis dans ce lieu de vie, trente étaient nés entre 1948 et 1969 et vingt et une personnes avaient été « placées » avant l'âge de 15 ans. Quinze d'entre elles n'avaient plus aucun lien familial.

Nous pouvons alors répartir ce public de la façon suivante :

1. Quinze personnes, nées avant 1970, ont été hospitalisées avant l'âge de seize ans – entre 1959 et 1972 – au « service des enfants inéducables ». Cinq avaient auparavant été placées plus jeunes à l'hospice. Sur ces cinq femmes et ces dix hommes vivant entre les murs de l'hôpital depuis près d'un demi-siècle, huit ont pu conserver des liens familiaux (dont trois fratries qui se sont récemment manifestées, après plusieurs décennies de rupture).
2. Sept personnes, nées avant 1970, ont été placées dans des hospices de la région avant l'âge de treize ans – entre 1960 et 1972, avant l'âge de cinq ans pour trois d'entre elles – et y sont restées jusqu'à l'âge adulte. Avec la mutation des politiques médico-sociales, les hospices ont évolué en institutions de type « foyer de vie » et ces sujets montraient des troubles du comportement dits à « caractère psychiatrique » qui ne correspondaient plus aux « profils des usagers » définis par les projets d'établissement. Ils ont donc été orientés vers l'hôpital psychiatrique entre 1984 et 2003 – parmi eux, deux qui étaient suivis en psychiatrie, ont été accueillis directement à la maison d'accueil spécialisée en 2010. Aucun de ces cinq femmes et de ces deux hommes n'a de liens familiaux.
3. Un homme, né en 1955, a été élevé dans sa famille avant d'être hospitalisé à l'âge de dix-neuf ans. Le lien familial se sera maintenu jusqu'au décès de ses parents, à la fin des années quatre-vingt.

L'institutionnalisation de ces vingt-trois personnes nous a interrogée, tout comme les aléas du maintien de leurs liens familiaux. Ce parcours nous semblait alors en décalage avec l'avancée des politiques de santé mentale en France, qui, d'une part prônent la fin des pratiques asilaires et la déshospitalisation depuis l'après-guerre et d'autre part, impliquent de plus en plus sa famille dans la prise en charge du patient.

Avant de les rencontrer, il nous était inimaginable que des personnes puissent vivre depuis plus d'un demi-siècle entre les murs d'un hôpital. Par ailleurs, à chaque occasion d'exposer notre sujet de recherche, nous découvrons la même surprise chez nos interlocuteurs. Pourtant, il s'avère que leur histoire n'est pas une exception et que des situations identiques s'observent de façon généralisée dans les hôpitaux psychiatriques français (Von Bultzingsloewen, 2007 *a*, 2020 ; Jovelet, 2017).

À l'occasion d'une extension de la maison d'accueil spécialisée, un autre groupe de personnes a été admis, six ans après l'ouverture initiale de l'institution. Il s'agit de onze personnes d'une génération plus jeune – nées entre 1970 et 1989 – qui viennent de structures médico-sociales pour enfants et adolescents. Elles ont été orientées en maison d'accueil spécialisée du fait de leur grande dépendance. Parmi ces sept femmes et ces quatre hommes, neuf personnes bénéficient de liens familiaux stables et deux n'ont plus aucun lien familial. Une personne a également rejoint l'institution un peu plus tard. Née à la fin des années soixante, elle a été élevée dans sa famille tout en étant accueillie en externat dans des institutions spécialisées, jusqu'à son orientation à l'âge adulte d'abord en foyer de vie, puis à l'hôpital psychiatrique en 2003, également pour des troubles du comportement qui n'étaient plus contenus dans son institution d'origine. Son lien familial s'est maintenu.

Les parcours de ces douze personnes s'avèrent davantage relever d'une politique d'orientation correspondant aux politiques médico-sociales et à des pratiques contemporaines, dans la mesure où elles ont pu bénéficier d'accompagnements éducatifs s'appuyant sur des projets personnalisés qui se conforment à la loi du 2 Janvier 2002<sup>2</sup>. Nous constatons également qu'un travail de lien déjà entretenu a pu être poursuivi avec leurs familles. Celles-ci sont aujourd'hui présentes en tant que parents ou fratries et

---

<sup>2</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

montrent de l'implication dans la relation avec les professionnels de l'institution<sup>3</sup>. Leur accueil à la maison d'accueil spécialisée a permis d'introduire une certaine mixité tant sociale que clinique, dans la mesure où elles ne portaient pas les stigmates d'une longue histoire institutionnelle tels que nous les avons étudiés chez le groupe de patients qui nous intéresse.

La présence des patients au long cours au sein de l'hôpital nous a confrontée à la notion d'histoire sous plusieurs acceptions. Il était frappant de constater que si nous venions d'intégrer une institution récente, dont l'équipe d'intervenants était constituée de jeunes professionnels, celle-ci semblait porter une histoire beaucoup plus ancienne. Les récits de la fondation nous amenaient à un passé bien antérieur à l'ouverture de l'institution et donc à l'accueil de ces personnes, puisque l'on nous racontait l'histoire de l'hôpital où les accueillis avaient grandi. Aussi, cette époque difficile à dater semblait se déployer dans une dimension transgénérationnelle aux racines lointaines.

Des « enfants inéducables », aujourd'hui devenus adultes, avaient donc été confiés à une équipe éducative, dans une institution médico-sociale dont on disait qu'elle avait été construite spécialement pour eux, par l'hôpital où la plupart d'entre eux avait grandi.

« Sans aucun doute incurables, mais finalement éducatibles » nous avancera-t-on pour expliquer ce paradoxe. En outre, ces notions se recoupaient avec le diagnostic générique « d'idiotie » que nous retrouvions invariablement dans les dossiers de chaque patient. C'est ainsi qu'avec leur persistance dans le temps, les représentations d'incurabilité et d'inéducabilité nous ont menée jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle. En filigrane, nous avons découvert l'influence de la théorie de la dégénérescence sur le traitement de l'idiotie, mais aussi sur les orientations institutionnelles qui conduiront le sujet profondément déficitaire à se trouver relégué dans le champ de la défectologie. L'étude du parcours institutionnel de ces sujets nous a donc posé la question de l'évolution des conceptions de la déficience intellectuelle profonde au fil de l'histoire, en France. Ces assises culturelles nous ont ainsi permis de mieux saisir l'énigme que nous posait la rencontre avec ces personnes, au-delà

---

<sup>3</sup> Nous précisons ici que cinq autres personnes accueillies, quatre hommes et une femme – nés entre 1953 et 1966 – ont eu un développement infantile ordinaire, contrairement aux autres accueillis qui présentent des troubles pré, péri ou postnataux. Leurs pathologies, d'origines somatiques, psychiques ou liées à des accidents de la vie, se sont déclarées à l'âge adulte ou en fin d'adolescence (schizophrénie déficitaire, syndrome de Korsakoff, traumatisme crânien...). C'est la sévérité de leurs troubles du comportement qui les a conduits à être hospitalisés en psychiatrie avant d'être orientés vers la maison d'accueil spécialisée.

d'une réflexion construite sur des fondements psychopathologiques et cognitivistes. Nous observerons donc comment le couperet ancestral de l'incurabilité et de l'inéducabilité, ainsi que les représentations collectives de la dégénérescence restent opérants, s'en dégager relevant d'un mouvement délicat.

L'objet de cette thèse n'est pas d'écrire une histoire de la déficience intellectuelle profonde ; beaucoup de travaux s'y sont attelés ces dernières années. Nous avons préféré choisir de façon non exhaustive quelques points d'étape de l'évolution historique des conceptions et des pratiques. Nous verrons ainsi que le changement de paradigme de l'incurabilité vers l'inéducabilité des idiots représente un point de bascule historique, puisqu'il a permis d'entrevoir des solutions d'amélioration pour ces sujets longtemps considérés sans devenir. Ainsi, l'idiotie incurable est peu à peu devenue éducable, perspective qui a permis de réaffilier le sujet déficitaire dans une communauté humaine. Mais encore fallait-il qu'il soit « capable ». Avec les évolutions sociétales tout au long du vingtième siècle, le groupe indifférencié des idiots nous apparaît s'être d'abord structuré autour de cette notion de capacité, qui a relayé celle d'utilité – et en creux, d'inutilité – prônée par les aliénistes. Ceux qui l'ont pu ont intégré les classes spécialisées de l'école, d'autres ont rejoint le secteur du travail protégé. Mais la population qui nous intéresse, celle des sujets les plus déficitaires, n'a pu s'inscrire dans cette dynamique, demeurant ainsi reléguée à l'asile ou à l'hospice. Nous verrons qu'aujourd'hui, le concept de « capabilité » peut se développer dans une tout autre dimension (Pachoud, 2018 *b*) à condition de ne pas le manier dans la perspective d'une injonction à la performance.

Ce n'est qu'à partir des années soixante-dix que des conceptions originales ont proposé des possibilités de se dégager de cette injonction de performance. Ainsi, la démarche de Fernand Deligny, pionnier de l'éducation spécialisée, a développé une approche sensible « hors-langage » s'appuyant sur un modèle relationnel à la fois proche et distancié des enfants qu'il accueillait dans son lieu de vie expérimental, dont il défendait l'indépendance. À la même époque, le mouvement de psychothérapie institutionnelle soutenait l'implication du sujet dans la vie quotidienne et collective de l'hôpital psychiatrique où chacun, quelles que soient ses capacités, pouvait trouver sa place parmi les autres. Bien que ces deux approches emblématiques ne soient jamais citées ni même reconnues, leurs principes nous semblent avoir été fondateurs des pratiques professionnelles qui se sont développées à la maison d'accueil spécialisée. Nous verrons



que l'élaboration de son mythe fondateur a transformé et intégré le positionnement antisilaire commun à ces deux modèles.

En parallèle, notamment avec l'impulsion de Roger Misès et de ses collaborateurs, les conceptions de la déficience intellectuelle ont pu être affinées sous un angle dynamique et structural. La relation objectale et ses possibles vicissitudes, telles les carences affectives graves dans ce contexte précis de déficience intellectuelle, sont devenues une perspective importante, tout comme la prise en compte de l'angoisse provoquée par une relation altérée à l'environnement, permettant alors de souligner la possibilité d'un vécu psychotique chez le sujet déficitaire. Aujourd'hui, les professionnels peuvent décliner des formes polymorphes et dysharmoniques du « retard mental profond et sévère » qui est énoncé dans l'agrément administratif de l'institution.

Notre première partie restitue donc nos explorations dans l'histoire et les enseignements que nous tirons de ces approches aujourd'hui considérées comme obsolètes. Les instances de notre époque résolument moderne nous recommandent d'adopter des bonnes pratiques au moyen d'une « approche écologique et positive de l'accompagnement [qui] s'appuie sur les compétences et les forces de la personne » (HAS, 2021, p. 4). Si les intervenants de la maison d'accueil spécialisée s'y emploient au quotidien et se forment à cette approche, nous envisageons, de notre place, que notre mission de psychologue clinicienne doit s'attacher à lui donner du sens. Pour ce faire, nous avons veillé à recueillir les traces d'une histoire dont l'institution nous apparaissait imprégnée, pour les transformer au moyen d'un processus de symbolisation. En outre, si les accueillis se trouvaient en rupture d'avec leur histoire subjective, il s'agissait pour nous d'aller à l'encontre de ce mouvement, en veillant à ce que l'institution ne se trouve pas elle aussi démunie de ses origines dans un mécanisme d'engrènement.

Cette contextualisation historique nous a engagée d'une part, dans une compréhension épistémologique des approches de la déficience intellectuelle profonde et d'autre part, elle nous a permis de porter un regard politique sur le destin institutionnel de ces personnes. Notre réflexion est partie de la question d'un collègue, posée il y a quelques années : « Mais que sont donc venus faire tous ces idiots à l'hôpital ?! ». C'était déjà la question que se posaient nombre d'aliénistes au XIX<sup>ème</sup> siècle et qui semblait faire conflit dans leurs rangs. C'est toujours la question que se posent nos instances d'aujourd'hui,

notamment lorsqu'il s'agit de fermer des lits dans les services de longue évolution des hôpitaux psychiatriques, afin qu'ils puissent devenir des établissements de santé mentale destinés à traiter l'acuité de troubles psychiques, eux-mêmes redéfinis par de nouvelles nosographies. C'est avec la loi de 1975<sup>4</sup> que le paysage institutionnel a commencé à être remanié en profondeur. La notion d'incurabilité a alors été assimilée à celle de chronicité et l'idiotie a été déclinée dans la nouvelle appellation catégorielle de handicap. Dans notre intermède, nous observerons comment la notion d'incurabilité se croise avec celle de chronicité. Nous verrons que les principes éthiques de la psychiatrie ont longtemps mêlé intimement soin et assistance alors que la réforme gestionnaire des hôpitaux psychiatriques, entérinée dès 1982, cherche à départir l'hôpital de sa fonction sociale d'asile. Enfin, avec l'émergence de la notion de handicap psychique, les liens ont évolué entre le champ sanitaire et celui du médico-social. Les pratiques éducatives doivent se modifier lorsque les établissements se consacrent à l'accueil d'anciens patients en psychiatrie, dont la chronicité de leurs troubles les conduit à devenir résidents d'établissements médico-sociaux.

Emprunter à l'histoire et à l'historien pour élaborer une expérience clinique auprès de sujets profondément déficitaires n'est pas un cheminement classique. Nous aurions pu nous attacher principalement à croiser nos pratiques à celle du neuropsychologue ou du comportementaliste pour faire des propositions techniques dans l'objectif de la progression du sujet déficient ou de la réduction de ses troubles du comportement. Nous expliciterons donc dans notre seconde partie notre choix de nous employer à ce travail d'articulation entre histoire et clinique. Cette orientation s'est construite à partir de la singularité d'un terrain où les traces de l'histoire nous apparaissent aussi fréquentes que visibles. En faisant le choix de les recueillir, il ne s'agissait pas de les consigner ou de les conserver telles quelles, mais bien de les transformer en leur donnant une valeur d'héritage susceptible d'amender notre clinique et les pratiques professionnelles des intervenants. La démarche d'historicisation que nous avons entreprise à l'égard de chacun des accueillis, mais tout autant auprès du groupe constitué que de l'institution, nous a permis de faire des propositions d'élaboration vis-à-vis de l'insensé auquel étaient parfois confrontés les intervenants de la maison d'accueil spécialisée. Ainsi, il nous importait de

---

<sup>4</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

rappeler que l'histoire était vectrice de sens, parallèlement à l'étayage de l'historicité qui est d'usage dans le contexte de la cure-type psychanalytique.

Les apports théoriques en clinique des institutions nous ont incitée à être attentive au récit de fondation et à l'élaboration du mythe institutionnel. D'abord imprégné du discours politique antiasilaire qui a sous-tendu la création de la maison d'accueil spécialisée, nous avons vu celui-ci se construire et évoluer au fil des différentes étapes traversées par l'institution naissante. Nous nous sommes intéressée à son ascendance, le « service des enfants » qui est ensuite devenu un service de longue évolution, en nous entretenant avec des soignants pour qui la mise en récit s'est inscrite dans un registre hautement émotionnel. Nous verrons aussi que le récit du jour de l'ouverture a mis en évidence son caractère traumatique, dont l'impact important sur la formation psychique de l'équipe nécessitait d'être pris en compte.

La rareté des familles ayant maintenu un lien avec les accueillis est une situation qui a également retenu notre attention. La clinique du handicap, spécialité encore récente, nous apporte aujourd'hui des éléments de compréhension quant à l'irruption de l'anormalité dans une famille. Les contextualiser aux années soixante implique d'envisager la scène sociale et les représentations collectives de l'époque à propos du handicap. Ici encore, l'idée d'incurabilité s'associe non seulement à l'inutilité, notamment quant à l'inscription du sujet dans un contrat narcissique (Piera Aulagnier, 1975), mais aussi à un vécu de honte conduisant à la mésinscription.

Nous avons observé que la honte est une émotion très présente dans notre clinique, qui, par sa contagiosité, touche tant les familles que les soignants. Elle se trouve souvent associée au sentiment d'abandon relatif à l'histoire subjective des accueillis. Mais, ainsi que les professionnels le dénonçaient, pouvions-nous assimiler le placement de l'enfant en institution à un passage à l'acte abandonnique de la part des familles ? Leur accompagnement avait-il été suffisamment soutenant pour leur permettre de maintenir le sujet dans la lignée familiale et éviter ainsi que son existence ne soit encryptée dans le secret ? Il semblerait que non, dans la plupart des situations.

Au fil des années, de nombreuses personnes ont donc vu leurs liens familiaux s'étioler, lorsque ceux-ci n'avaient pas été rompus dès la séparation précoce, l'institution venant ainsi occuper une place particulière dans l'histoire du sujet. C'est d'ailleurs l'impact de cette situation qui nous est apparu provoquer un sentiment d'hyper-responsabilisation chez les professionnels s'impliquant au quotidien dans une grande proximité avec les

accueillis. Nous y avons reconnu la trace de la charité qui fut pendant très longtemps organisatrice des pratiques de soin et d'accueil institutionnel. Dans la même dynamique, nous avons observé la disparition des familles dans le récit de l'histoire subjective de l'accueilli, auxquelles se substituait un passé asilaire indifférencié. La contemporanéité des accueillis nous a fait constater l'inscription de ces sujets dans un destin commun et collectif, puisque la plupart ont pu traverser les mêmes expériences institutionnelles. Cette orientation nous a donc amenée à problématiser l'expérience subjective chez ces personnes dont l'individualité s'est trouvée diluée au sein d'un collectif, leur histoire institutionnelle et groupale se confondant peu à peu avec leur histoire individuelle. Les récits de soignants révélant cet enchevêtrement nous ont finalement guidée vers la prise en compte de cette histoire collective et la nécessité d'interroger ce phénomène d'imbrication.

Ainsi, l'absence d'histoire subjective des accueillis et l'inconnu concernant leurs familles disparues ne cessaient de faire achoppement dans notre démarche clinique. L'histoire subjective que nous révèle la personne en déroulant son récit de vie est un matériel habituel du psychologue clinicien, celui-ci s'attachant à soutenir le sujet dans son historicité. Mais ici, l'absence de parole du sujet profondément déficitaire nous a amenée à composer avec le matériel dont nous disposions, qui se trouvait finalement faire tiers dans cette rencontre clinique atypique. Nous avons alors entrepris un travail de rédaction d'anamnèse pour chaque accueilli en utilisant le matériel documentaire des dossiers d'hospitalisation, mais aussi les archives orales constituées par le récit des soignants qui connaissaient ces patients de longue date. Ainsi, c'est une nécessité, un besoin d'histoire étayante de notre pratique en psychologie clinique qui nous a amenée à nous improviser « historienne », en nous inscrivant dans une démarche de quête, puis de reconstruction d'un fil d'histoire pour convoquer une mémoire subjective qui ne se racontait pas. Notre conception du récit est soutenue par la notion d'identité narrative (Ricoeur, 1985, 1990) que notre travail de restitution va prêter au sujet hors-langage. Cette démarche doit parfois faire appel à la médiation d'un processus imaginatif, au sens où Paul Ricoeur l'employait (1983, 1984, 1985, 1986 *b*). Car le caractère lacunaire de certains dossiers nous a confrontée à la crainte de nous retrouver à mythifier des histoires de vie. À de multiples occasions, nous nous sommes demandée jusqu'où nous pouvions nous laisser aller dans l'interprétation de nos découvertes pour élaborer une clinique cohérente et fondée auprès du sujet.

Face à ces sujets marqués par l'étrangeté et l'archaïque, nous avons aussi à mettre en sens des expériences non élaborées, à dire l'indicible pour le symboliser, à accueillir et contenir des angoisses primitives. Nous l'avons déjà énoncé, nous mettre à écrire – ces récits de vie en particulier – nous a sans aucun doute permis de transformer l'émotion que nous renvoyaient les accueillis et d'échapper à la sidération contre-transférentielle de notre pensée ainsi attaquée. Nous retrouvons donc ici la description d'une « fonction à contenir » (Mellier, 2005 *b*) en reconnaissant également nous être appuyée sur notre capacité de rêverie, telle que Wilfried R. Bion (1962) a pu la décrire concernant le lien mère/enfant, et par extension la relation analyste/analysant.

En outre, nous avons vu cette démarche anamnétique ouvrir des possibilités identificatoires supplémentaires chez celui qui prenait connaissance du récit, dans un mouvement qui nous montre l'utilité de positionner la narrativité du sujet au-delà de ses capacités de verbalisation. Ainsi, souligner la situation d'abandon de ces sujets et leur accueil par l'institution obtenait un écho chez les professionnels qui s'engageaient volontiers dans nos tentatives de compréhension de leurs détresses quelquefois soudaines, que l'on pouvait alors concevoir comme une recherche d'attention.

Un lien circulaire est aujourd'hui établi entre les carences affectives graves et la déficience intellectuelle, cependant la détresse abandonnique reste encore peu éclairée chez le sujet gravement déficitaire, d'abord parce que celle-ci semble masquée par l'aspect massif de sa pathologie. Il nous apparaît toutefois pertinent de dépasser les idées de stéréotypie et d'automatisme, dont la ténacité dans le temps nous apparaît comme la trace des principes d'incurabilité et d'inéducabilité édictés depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle. Les pathologies de type archaïques se déclinent sous des modalités très hétérogènes d'un sujet à l'autre. Une stéréotypie, aussi répétitive et abyssale qu'elle soit, reste la production d'un sujet à prendre en compte. Si son archaïsme tend à l'inscrire dans un rapport au monde indifférencié du fait de relations objectales altérées et partielles, le sujet nous semble toutefois pouvoir accéder, à sa mesure, à des mouvements intersubjectifs lorsqu'il est soutenu par une relation de proximité avec l'intervenant. En faisant le postulat que ces sujets placés depuis l'enfance s'avèrent sensibles au sentiment d'abandon et que celui-ci ne peut être symbolisé comme chez le sujet dit ordinaire, nous avons alors pu donner sens à nombre d'épisodes clastiques survenus dans l'institution. La maison d'accueil spécialisée a la spécificité d'accueillir des personnes présentant des troubles aigus du comportement. En effet, la séparation précoce a souvent été justifiée par une agitation et

une agressivité trop importantes pour un maintien de l'enfant au sein de sa famille, comportements qui lui valaient le statut alors implicite « d'inéducable ». Dans les années quatre-vingt-dix, l'orientation de ces patients vers des structures dites « ordinaires » du secteur médico-social n'a pas davantage été possible pour ces mêmes raisons.

Ces conduites clastiques peuvent également être envisagées sous l'angle d'un échec de la symbolisation qui sous-tend des angoisses de nature psychotique, notamment lorsque le rapport sensoriel du sujet à son environnement est troublé. Mais nous verrons qu'en interrogeant les éprouvés archaïques du sujet déficitaire, il nous semble possible de l'accompagner pour qu'il puisse peu à peu supporter ses expériences subjectives.

Cette clinique de l'extrême confronte les intervenants à des manifestations de souffrances primitives, à des mécanismes projectifs d'attaque du lien pour certains, d'adhésivité pour d'autres, qui convoquent des réponses contre-transférentielles parfois envahissantes lorsqu'elles ne sont pas interrogées chez les intervenants. Nous verrons que travailler avec l'absence de langage verbal demande des assises intrasubjectives solides afin que le professionnel puisse développer une pratique de l'attention et de l'observation qui soutient sa « fonction à contenir » (Mellier, 2005, 2018). Ainsi, l'appareil psychique du soignant contient et porte l'expression du sujet lorsqu'il parvient à s'inscrire dans une expérience intersubjective.

Le concept de subjectivation chez les accueillis est donc à préciser en tant que processus à soutenir. Pour Piera Aulagnier (1975), le « Je » advient dans un espace secondarisé intimement lié à l'avènement du langage, postulat *in fine* rejoint par Paul Ricœur avec la notion d'identité narrative. Il nous semble que pour notre clinique si particulière, le processus de subjectivation s'opère lorsque l'on considère le sujet aux prises avec des expériences archaïques, souvent corporelles et sensorielles, mais aussi dans sa rencontre au monde. La proposition de René Roussillon (1999) de dialectiser la réflexivité intrapsychique, notamment lorsqu'elle est troublée dans la clinique des psychoses, avec la dynamique de « la triple capacité à *se sentir soi-même*, à *celle de se « voir »* et enfin à *celle de s'entendre* » (p. 139) nous permet de rapporter au plus près ce qu'est l'enjeu du travail quotidien des professionnels auprès des accueillis lorsqu'ils tentent de soutenir leur édification subjective.

Au vu de la grande dispersibilité des anxiétés primitives (Mellier, 2005 *a*), une élaboration commune s'avère essentielle pour que les intervenants puissent reconnaître le sens donné à leurs pratiques, notamment lorsqu'ils ont à s'impliquer dans l'intimité du sujet

dépendant. Nous proposerons à ce sujet une nuance à envisager entre les notions de *nursing* et de maternage, qui s'élabore au moyen de la conception de cet outil quotidien qu'est la constellation transférentielle (Delion, 2022).

Si la confrontation à l'archaïque et au clastique sont des mécanismes qui impliquent l'intervenant dans sa sensorialité et dans son corps, ses représentations fantasmatiques se trouvent également sollicitées lors de ces rencontres atypiques. Nous nous sommes intéressée aux représentations de bestialité et d'animalité, souvent mobilisées par un contre-transfert qui met à jour les perceptions liminaires de cette clinique. Ici encore, nous verrons qu'elles se sont inscrites dans le temps et que la narrativité subjectivante se trouve être un moyen de dégagement dans le cadre de ces situations intersubjectives hors-langage. Nous développerons une vignette clinique qui révélera aussi les limites de l'institution médico-sociale, avec l'échec de sa fonction contenante confrontée aux débordements d'angoisses massives du sujet.

Cette thèse s'appuie sur plusieurs situations cliniques qui ont pu être déroulées à la faveur d'une certaine continuité temporelle. Ce matériel montre tout l'avantage d'une recherche qui peut se déployer dans le temps, puisque nous travaillons dans l'institution depuis 2011 et que nous avons commencé à écrire en 2015. En outre, grâce aux apports des dossiers d'hospitalisation, mais aussi des familles et des professionnels tant soignants qu'éducatifs, nous avons pu remonter dans l'histoire autour d'un axe transgénérationnel. Nous avons choisi ces situations avec soin, en fonction de la problématique qu'elles nous semblaient illustrer avec le plus de pertinence possible. Nous avons toutefois été confrontée à la délicatesse de cette double-place d'intervenante/chercheuse. Ainsi, si des histoires d'accueillis nous paraissaient fort intéressantes pour développer notre propos, nous avons dû faire le choix de ne pas les utiliser pour protéger les familles d'un secret ou d'une problématique dont l'analyse n'était pas suffisamment élaborée pour elles. Il en est de même pour les propos de nos collègues, notamment lors des séances d'analyse des pratiques.

Les familles et les professionnels rencontrés en entretien ont bien entendu été informés de notre démarche et ont donné leur consentement à ce que leurs propos soient ainsi rapportés. Nous avons également obtenu l'accord des représentants légaux des personnes dont nous avons consulté les dossiers pour les exposer dans notre recherche. Nous avons

informé les Directions de la maison d'accueil spécialisée et de l'hôpital, et nous avons apposé une note d'information à l'entrée de l'institution afin de convier tous ceux et celles qui s'y intéressent à notre soutenance. Enfin, nous avons pris soin de préserver l'anonymat de chacun en nommant les personnes soit par leur fonction, soit par des initiales qui n'ont pas de concordance avec leur nom.

Nous proposons maintenant de nous plonger dans l'histoire de la déficience intellectuelle profonde que nous articulerons avec l'histoire subjective des accueillis, de leurs familles et des intervenants qui les accompagnent au quotidien.



# **I. DE « L'IDIOTIE » D'HIER AU « RETARD MENTAL PROFOND ET SÉVÈRE » D'AUJOURD'HUI : L'ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS ET DES REPRÉSENTATIONS COLLECTIVES DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE PROFONDE**

Le sort des personnes avec une déficience intellectuelle s'observe au fil de l'histoire. On les retrouve en errance ou reclus dans les bagnes, cachots ou maisons de force, relégués dans les hôpitaux, les hospices ou les asiles. Ils relèvent de l'aide aux grands infirmes, des dispositifs de santé publique ou de l'aide sociale. Ils sont considérés comme étant parfois démunis, vulnérables et méritant assistance, ou parfois malades, dangereux et devant être enfermés (Zafiroopoulos, 1981). Nous observons dès lors la grande diversité de leurs destins. Les troubles associés aux déficiences semblent jouer un rôle essentiel quant aux traitements devant leur être dispensés.

L'idiotie est connue depuis l'Antiquité. Dans ses écrits, Saint Augustin différenciait déjà la folie de l'idiotie, en interrogeant les conditions de son humanité (Ortiz, 2012). Mais ce n'est qu'avec les aliénistes qu'un regard plus spécifique va lui être porté. Redécouvrir des travaux historiques, en particulier ceux des aliénistes du XIX<sup>ème</sup> siècle, nous a permis de mieux appréhender notre rapport à la déficience en nous imprégnant des différents regards qui pouvaient lui être portés par le passé. En outre, ces lectures nous ont familiarisée avec la particularité d'une démarche historique qui a nécessité que nous recourions à un certain décalage quant à notre expérience clinique du XXI<sup>ème</sup> siècle. Notre connaissance psychopathologique de la déficience intellectuelle profonde s'est donc élaborée sur cette observation de l'évolution des réflexions autour de l'idiotie, qui faisait lien avec les tableaux cliniques contemporains présentés par les patients.

Tout au long de ce travail, nous allons dérouler des vignettes cliniques. La majorité des cas présentés a été accueillie à la maison d'accueil spécialisé dès son ouverture, après une hospitalisation en longue évolution, depuis les années soixante. S'intéresser à l'histoire subjective du patient nous a amenée à la lecture des dossiers d'hospitalisation et à la

découverte de différents documents, en particulier des certificats et bulletins de situation. L'évolution de la psychopathologie et des terminologies depuis les années soixante est frappante. Nous avons relevé les différents diagnostics qui apparaissent dans les documents officiels concernant Monsieur F., dont nous étudierons le cas dans la section suivante. Il s'agit essentiellement d'extraits de bulletins adressés à la sécurité sociale, les dates retenues sont celles qui révèlent un changement de diagnostic :

1963 : « *arriération mentale profonde du niveau de l'idiotie (gâtisme etc...)* »

1974 : « *idiot qui relève d'un service d'arriérés mentaux* »

1982 : « *idiotie post-encéphalitique avec comportement clastique* »

1995 : « *F73.1 CIM -10<sup>5</sup> + impulsivité + comitialité* »

2000 : « *autisme* »

2002 : « *arriération mentale profonde associée à une épilepsie équilibrée sous traitement. Anomalies évoquant une maladie génétique avec microcéphalie, syndrome extrapyramidal permanent (hypertonie musculaire, marche en équin). Absence de troubles du comportement en dehors d'un déshabillage complet.* »

2003 : « *arriération profonde consécutive à une encéphalite de l'enfance* »

2006 : « *déficience intellectuelle profonde liée à une encéphalopathie* »

2007 : « *F72 CIM-10<sup>6</sup>* »

2017 : « *trouble du spectre autistique ; déficience mentale profonde ; antécédents d'épilepsie de type grand mal (chutes, TC<sup>7</sup>, coma)* »

L'histoire du sujet nous a donc menée vers celle de sa pathologie, que l'on appelait encore « idiotie » il n'y a pas si longtemps. Nous allons restituer les enseignements de nos lectures dans cette première partie **De « l'idiotie » d'hier au « retard mental profond et sévère » d'aujourd'hui : l'évolution des conceptions et des représentations collectives de la déficience intellectuelle profonde.** Du XIX<sup>ème</sup> siècle jusqu'au années

---

<sup>5</sup> Dans la CIM-10 (FR 2015), F73 correspond au « retard mental profond » et la subdivision .1 à une « déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement ». Le retard mental profond y est ainsi défini : « QI au-dessous de 20 (chez les adultes, âge mental en dessous de 3 ans). Aboutit à une limitation très marquée des capacités de prendre soin de soi-même, de contrôler ses besoins naturels, de communiquer et de se déplacer. *Comprend* : arriération mentale profonde » p. 266.

<sup>6</sup> Dans la CIM-10, F72 correspond au « retard mental grave » : « Q.I. de 20 à 34 (chez les adultes, âge mental de 3 à moins de 6 ans). Aboutira vraisemblablement à un besoin prolongé de soutien. *Comprend* : arriération mentale grave. » p. 266.

<sup>7</sup> Traumatisme crânien

soixante-dix, nous avons recherché quelles étaient les influences ayant marqué nos pratiques et nos représentations collectives d'aujourd'hui. Au-delà de relever des traces qui pouvaient s'inscrire dans une dimension transgénérationnelle, nous avons découvert des tableaux cliniques dont la similarité avec ceux qui nous intéressent est frappante. Si notre époque contemporaine voit apparaître de nouvelles problématiques (pathologies narcissique-identitaires, nouvelles addictions, troubles anxieux, TDAH...), les pathologies de type archaïque semblent traverser le temps bien qu'aujourd'hui, elles soient associées à la nouvelle appellation de trouble du spectre autistique (TSA) et que demain, elles soient destinées à se raréfier au vu des avancées technologiques de la médecine et de la biologie moléculaire qui pourront maîtriser le patrimoine génétique des nouveau-nés et anticiper la qualité de la procréation (Korff-Sausse, 2006 *b*). Nous observons également qu'avec le développement des prises en charge précoces et du soutien à la parentalité des familles confrontées au handicap, leur situation tend à s'améliorer considérablement et à moins sédimenter.

Dans le **chapitre I.1. Nos ancêtres les aliénistes : perspective historique et conceptuelle**, nous allons nous intéresser à l'isolation de l'idiotie au XIX<sup>ème</sup> siècle et aux différents traitements des idiots au cours de cette époque. Notre étude accorde une grande place aux travaux originels des aliénistes, puisque, comme nous l'énonçons ci-dessus, il s'agit pour nous d'y rechercher des éléments susceptibles de révéler des traces fondatrices de nos conceptions et de nos pratiques contemporaines. Nous nous référerons surtout à deux orientations nous paraissant fondamentales.

Avec la **section I.1.1. L'empreinte d'Esquirol**, nous reviendrons tout d'abord aux travaux de Jean-Étienne Esquirol, qui a catégorisé l'idiotie en soulignant son caractère incurable et immuable.

Dans la **section I.1.2. : La théorie de la dégénérescence**, nous étudierons les travaux de Bénédicte-Augustin Morel qui, deux décennies après Esquirol, sont venus renforcer le déterminisme excluant les sujets déficitaires de toute perspective d'évolution tout en ravivant une pensée eugéniste présente depuis l'Antiquité.

Nous observerons dans la **section I.1.3. Distinguer l'inéducabilité de l'incurabilité**, que ces deux notions se rencontraient souvent à cette époque. Si cette confusion a pu évoluer dans le temps, parallèlement aux aménagements des pratiques à vocation éducatives ou

soignantes, nous pouvons penser qu'elle a profondément imprégné les représentations collectives de la déficience intellectuelle en fixant le sujet dans ses impossibilités. Nous tâcherons ensuite de retrouver les points d'évolution marquants qui ont permis d'envisager que l'inéducabilité de l'idiot puisse être relativisée en étant différenciée de son incurabilité. L'expérience d'Édouard Séguin, puis l'engagement de Désiré-Magloire Bourneville révèlent l'amorce d'une position éducative qui a permis d'entrevoir des possibilités « d'amélioration », et donc d'éducabilité parmi cette population constituée par les idiots, encore disparate à cette époque. Enfin nous verrons que l'approche psychométrique d'Alfred Binet et de Théodore Simon renforcera l'idée de performance et de « rendement social » à propos des enfants dits « anormaux » en permettant à certains d'entre eux d'accéder à l'instruction, que nous différencierons alors de l'éducation.

**Le chapitre I.2. Des approches modernes qui ne le seraient déjà plus** nous permettra de rappeler les nouvelles perspectives qui se sont ouvertes au cours du vingtième siècle, d'abord avec la création des classes de perfectionnement, puis avec le contexte des Trente Glorieuses et de son plein emploi. C'est à cette période qu'un nouveau regard sur la déficience intellectuelle poindra peu à peu. Les politiques en faveur des personnes handicapées se définiront et viseront à une forme d'inclusion, essentiellement pour les personnes en capacité de se réadapter aux normes sociétales et d'occuper une place dans la société, notamment grâce à l'accès au travail de celles qui se révèlent « semi-éducables ».

Dans la **section I.2.1. La mise au travail des « débilés profonds »**, nous observerons comme il fut peu à peu admis que de nombreux sujets déficitaires puissent se dégager d'un destin asilaire attaché au statut global et massif d'irrécupérable. Suivre ainsi l'évolution de l'histoire nous offre des éléments de compréhension de la mise en tension des conceptions, l'inutilité de l'idiot et sa dangerosité présumée lui valant sa relégation, ses « bras capables » lui donnant finalement accès à une possible participation sociale. Comme nous pouvons l'observer dans le champ social ordinaire et contemporain, cette dynamique a alors induit une nouvelle division entre ceux en mesure d'accéder à l'instruction, puis au travail et ceux qui se trouvaient trop envahis par leurs troubles psychotiques ou diminués dans leurs compétences instrumentales pour ce faire. Ainsi, les personnes profondément déficitaires n'ont été que peu concernées par ces transformations

et sont restées à la marge, même si les méthodes d'éducation active et spécialisée ont fait leur apparition et ont proposé une amélioration de leur quotidien.

Dans la **section I.2.2. Les tentatives de Fernand Deligny**, nous nous pencherons sur l'œuvre de Deligny et sur l'expérience de son lieu de vie alternatif des Cévennes. Ses jeunes années professionnelles passées à l'hôpital psychiatrique d'Armentières développeront chez lui une position profondément antiasilaire et antiinstitutionnelle. Il ne cessera ensuite d'initier des projets alternatifs d'accueil pour des enfants à la marge, d'abord à l'attention de jeunes délinquants en région parisienne, puis il s'installera dans la montagne cévenole pour y créer sa « tentative ». Il y accueillera de nombreux enfants avec des pathologies de type archaïque, soit de façon pérenne, soit en séjour de rupture. Deligny n'est pas le seul à avoir développé des lieux de vie alternatifs durant cette période innovante des années soixante-dix, mais sa pensée a marqué les esprits et les pratiques. Il a laissé de nombreuses traces au moyen de ses productions artistiques, cinématographiques et de ses écrits.

Lors de la seconde moitié du vingtième siècle, l'institution psychiatrique est peu à peu sortie d'un fonctionnement asilaire en laissant place à de nouvelles initiatives soignantes. Nous évoquerons dans notre section **I.2.3. La psychothérapie institutionnelle et l'humanisation de l'asile** ce mouvement qui a vu le jour après les événements tragiques de la Seconde Guerre mondiale. Il a pu améliorer les conditions de vie des patients, notamment de ceux qui se trouvaient hospitalisés au long cours. La sectorisation a également engagé un remaniement de l'organisation des soins et des hôpitaux psychiatriques, qui ont pu se dégager du principe de catégorisations nosographiques instauré par les aliénistes. Ces mouvements ont certainement permis d'envisager la possible intégration des sujets déficitaires parmi les autres, bien que pour l'institution qui nous intéresse, l'élan inclusif ne se soit pas maintenu dans le temps. Là encore, si de nombreux sujets déficients intellectuels ont pu quitter l'institution psychiatrique pour accéder à une vie sociale dite « adaptée », d'autres n'ont pas vu d'autre possibilité s'offrir à eux que celle de rester à l'asile. Mais pourtant, la question de leur présence y est restée posée du fait d'une incurabilité ne laissant pas présager d'issue positive à leur prise en soins.

En parallèle, nous verrons alors la notion d'autonomie se déployer pour devenir une valeur phare de l'éducation spécialisée, conjointement à celle de l'adaptabilité. Ainsi, du statut d'incurable et d'inéducable, le sujet déficient intellectuel profond, dont l'inadaptation et la dépendance seront soulignées, sera maintenu dans un statut liminaire.

Nous allons donc reprendre des travaux qui nous semblent s'être inscrits dans l'histoire afin d'articuler ces notions historiques dans un processus de compréhension du sujet et des pratiques auprès du sujet. La déficience intellectuelle profonde, en particulier ses manifestations archaïques, tend à nous confronter à l'incompréhensible. C'est donc pour tenter de nous dégager de celui-ci que nous interrogeons aujourd'hui notre héritage, constitué par des pratiques, recherches et théorisations anciennes dont nous retrouvons la trace dans nos institutions contemporaines.

Ainsi, nous avons pu identifier quelques reliquats de l'histoire encore présents, tant dans nos représentations que dans nos pratiques professionnelles et institutionnelles auprès du sujet déficitaire. Identifier ces mécanismes nous apparaît être une démarche soutenant pour libérer la créativité et l'élaboration des postures professionnelles des intervenants de la maison d'accueil spécialisée.

## I.1. NOS ANCÊTRES LES ALIÉNISTES : PERSPECTIVE HISTORIQUE ET CONCEPTUELLE

Dans le dossier d'un patient, nous lisons le contenu d'un « certificat de vingt-quatre heures » daté de 1963, rédigé par un médecin-psychiatre :

*L'enfant D.F., âgé de onze ans, est atteint d'arriération mentale profonde du niveau de l'idiotie (gâtisme etc...). A besoin d'une surveillance constante comme tous les idiots. En conséquence, doit être considéré comme dangereux pour lui-même et pour autrui. Doit être placé dans le Service d'enfants inéducables.*

Le demi-siècle qui s'est écoulé depuis sa rédaction nous laisse constater la forme obsolète du document. Pourtant, cet « idiot » est toujours accueilli dans l'institution, il a toujours besoin d'une surveillance constante.

En 1982, on lit cette observation dans son dossier médical :

*Reste habillé. Stéréotypies. Comprend certains ordres très simples. Regard furtif à la dérobée. Nombreuses malformations (CAE<sup>8</sup>). Autisme.*

On dit maintenant de lui qu'il présente une association de syndromes :

*Trouble du spectre autistique ; déficience mentale profonde ; antécédents d'épilepsie de type grand mal (chutes, TC<sup>9</sup>, coma)*

En cinquante ans, le sujet et sa pathologie ont-ils évolué ? Ou s'agit-il du regard clinique qu'on lui porte, des avancées de la démarche diagnostique clinique et de celles des travaux de référence ? Dans son *Histoire de l'autisme*, Jacques Hochmann (2009) met en lumière le croisement de la « figure ancestrale de l'idiot » (p. 32) avec la spécificité de la pathologie autistique, tout en l'articulant avec les transformations de l'institution psychiatrique et du soin en France. L'histoire de Monsieur F. met en évidence l'évolution de la démarche diagnostique clinique, en creux puisqu'il n'en aura bénéficié qu'indirectement. Les diverses terminologies utilisées au fil du temps – « idiotie », « débilité profonde », « arriération mentale », « oligophrénie » – se retrouvent

---

<sup>8</sup> Conduit auditif externe

<sup>9</sup> Traumatisme crânien

couramment jusqu'au milieu des années soixante-dix et ne révèlent pas d'écarts sémantiques très importants. Puis le terme de « psychose infantile » fait son apparition, ceux « d'autisme » et de « troubles autistiques » ou « troubles du spectre autistique » étant plus tardifs. Pour la globalité des sujets accueillis, les « psychoses symbiotiques » proposées par Margaret Mahler dans les années cinquante et les « déficiences dysharmoniques » introduites par Roger Misès et Ilse Barrante (1963) sont plus rarement nommées. Nous retrouvons aussi fréquemment l'appellation « psychose déficitaire », également introduite par Misès, ou encore « autisme déficitaire » qui s'avèrent concerner un grand nombre des sujets accueillis à la maison d'accueil spécialisée. La consultation des dossiers d'hospitalisation nous a souvent amenée à associer l'évolution des diagnostics aux préoccupations cliniques et aux orientations théoriques des médecins de chaque époque. En outre, cette évolution est corrélative à celle des classifications recommandées par les instances tutélaires. L'autisme infantile précoce a été isolé par Léo Kanner en 1943, mais ce sont surtout les travaux de Margaret Mahler qui ont été développés en France après-guerre par René Diatkine et Serge Lebovici. Jacques Hochmann (2010, 2017) avance que la pédopsychiatrie française s'appuiera sur leurs apports jusqu'à la fin du vingtième siècle. Dans cette lignée, Roger Misès et Nicole Quemada construiront la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), dont la première version paraîtra en 1987. Toute cette émulation a eu des répercussions sur la démarche diagnostique des médecins ayant rencontré Monsieur F. Les critères différentiels se sont affinés au fil du temps et l'on observe bien cette approche clinique intégrant « les dimensions temporelle, contextuelle et psychodynamique » (Misès, Garret-Gloanec & Coinçon, 2010, p. 225). Nous le verrons, nous remarquerons également cette empreinte dans les écrits d'observation des infirmiers. Avec l'apparition des classifications dites « officielles » telles que le DSM III, puis IV et V, mais aussi la CIM-10, comme nombre d'auteurs français, nous ne pouvons que constater une forme plus floue de la nosographie et des appellations employées. Les différents symptômes présentés par chaque sujet, au vu de toute la complexité que cette clinique présente, ne nous semblent plus articulés aussi finement qu'ils pouvaient l'être, laissant place à des désignations à nouveau essentiellement génériques. La sociologue Lise Demailly (2011) montre que l'édification des nosographies s'appuie sur des enjeux socioéconomiques et sociopolitiques :



L'observation de la science en action montre que leur « objectivité » repose sur un processus de négociation entre plusieurs catégories d'acteurs [Brown, 1995 ; Horwitz, 2002]. Quatre grandes catégories de producteurs fabriquent les nosographies modernes en psychiatrie occidentale :

- les associations professionnelles de psychiatres, notamment américains ;
- les laboratoires pharmaceutiques ;
- la sphère politico-administrative et ses outils de gestion ;
- la société civile elle-même, car la psychiatrie est une discipline éminemment politique, peu autonome et poreuse. (p. 28-29)

Elle montre notamment le poids des associations de parents d'enfants autistes dans l'évolution de la définition du syndrome, de la psychose vers le trouble envahissant du développement et le champ du handicap mental.

Pour Monsieur F., comme pour la majorité des accueillis de sa génération, le code F72 (retard mental grave) de la CIM-10<sup>10</sup> est généralement utilisé. Il correspond à l'agrément administratif de la maison d'accueil spécialisée, qui a été ainsi formulé pour correspondre à cette classification. Cette échelle aurait pourtant vocation à permettre de « coder » des entités nosographiques dont les concepteurs et développeurs ont voulu qu'elles caractérisent « l'ensemble des troubles psychiques et cela au plus près de leurs définitions » (Garcin, 2011, p. 355). Le principe est de faire consensus sur le plan administratif et international, de proposer un « codage » le plus précis possible mais aussi de déstigmatiser les troubles mentaux en utilisant une terminologie neutre et sans signification détournée et stigmatisante (idiotie, imbecillité, débilité...). Les représentants de l'OMS appuient leur argumentaire en affirmant leur souhait de prendre en compte les propositions cliniques de la CFTMEA. Mais, si le « retard mental grave » peut être décliné en plusieurs « sous-catégories », il s'avère que ce sera essentiellement dans une dimension comportementale qui ne semble pas suffisamment se pencher sur l'expérience et l'histoire subjectives de la personne ainsi diagnostiquée. En outre, nous observons à la lecture des dossiers que peu de diagnostiqueurs s'emparent finalement de ces sous-catégories.

À plus de 65 ans, après 55 ans d'institutionnalisation, Monsieur F. questionne encore notre travail d'équipe tant il nous est difficile de nous accorder autour d'une lecture homogène de son éprouvé. Ce qu'il exprime, souvent avec vivacité et de façon répétitive,

---

<sup>10</sup> Classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> révision, 2012.

ne fait pas toujours sens. Au quotidien, l'accompagnement est binaire : on cherche à éviter les situations susceptibles de provoquer son mal-être et à favoriser l'expression de son bien-être. La définition étymologique du diagnostic rapportée par Pierre Delion (2018), « connaître l'autre en avançant avec lui dans le temps et dans l'espace » (p. 47), nous paraît proche de la façon dont les intervenants ont peu à peu modifié leurs pratiques auprès de Monsieur F. D'une prise en charge de type asilaire favorisant l'indifférenciation, nous en sommes aujourd'hui à davantage tenir compte de sa singularité. En parallèle, son diagnostic s'est affiné, même si ses troubles autistiques n'auront été nommés que très récemment. Pour autant, il nous semble que les intervenants se sont davantage adaptés en s'appuyant sur des propositions empiriques qui émanaient de lui, de ses réactions, de l'expression de son bien-être ou de son angoisse. Peu d'entre eux se sont appuyés sur une lecture diagnostique pour pouvoir élaborer un accompagnement spécifique à l'autisme, par exemple. Aussi, son absence patente d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne semble l'emporter et maintenir l'équipe dans une représentation déficitaire du sujet.

Nous reprenons la lecture du dossier de Monsieur F. pour la croiser à nos observations contemporaines. L'étude clinique de ce patient nous montre la difficulté à nous situer dans une démarche diagnostique suffisamment claire pour être susceptible d'orienter plus finement son accompagnement au quotidien, tout au long de sa vie.

Les premières observations remontent à 1962, alors qu'il venait d'être hospitalisé :

*Enfant de 10 ans en nourrice : A.P. Seine<sup>11</sup>. Gâteaux. Ne parle pas. Ne répond pas à son nom. Ne semble rien comprendre. Très turbulent, voire agressif.*

Nous n'avons pas réussi à rencontrer de soignants qui puissent nous rapporter un témoignage de leur rencontre avec cet enfant. Les observations de cette époque ne sont pas suffisamment développées pour nous éclairer davantage. De 1962 à 1982, le dossier médical est plutôt lacunaire. Il fait état de crises comitiales de type grand mal, de deux comas très profonds, d'hypothermie et de nombreuses chutes – souvent liées à l'épilepsie – qui valent au patient de multiples sutures de plaies, généralement frontales, et quelques hospitalisations à l'hôpital général. Il n'y a pas d'examen neurologique précis. Quelques écrits isolés, comme des rapports d'incidents d'infirmiers adressés au médecin-chef nous

---

<sup>11</sup> Assistance publique de la Seine

indiquent que certaines chutes étaient dues à des bousculades et que le jeune Monsieur F. a pu être poussé jusqu'à s'ouvrir le crâne sur le carrelage, cela à plusieurs occasions. Mais là encore, nous n'avons pas accès aux témoignages pouvant nous décrire de telles scènes.

C'est à partir des années quatre-vingt que les écrits s'enrichissent en observations cliniques, alors que Monsieur F. a déjà trente ans<sup>12</sup>. S'y dessine alors le profil du sujet que nous connaissons aujourd'hui. Monsieur F. marche en équin, il agite ses doigts devant son visage. Il tient souvent son sexe d'une main. Très longtemps, il n'a pas supporté les vêtements et se déshabillait de façon systématique pour évoluer nu. Une observation rapporte son plaisir à se promener ainsi dans le jardin, aux beaux jours<sup>13</sup>. Le reste du temps, il restait immobile de longues heures, sa peau nue tout contre le radiateur. En visitant ce service aujourd'hui désaffecté, nous avons découvert que d'ingénieux cache-radiateurs avaient été conçus pour éviter les brûlures, Monsieur F. n'étant apparemment pas le seul à s'y adosser.

Durant toutes ces années, et encore jusqu'à aujourd'hui, le défi de tout soignant – et de tout éducateur – l'ayant rencontré aura été de l'habiller et de le maintenir vêtu<sup>14</sup>. Par souci de santé parfois, pour qu'il ne prenne pas froid quand les locaux étaient mal chauffés, mais surtout dans une démarche de subjectivation, voire de normalisation qui l'éloigne de l'animalité à laquelle sa nudité renvoie. La combinaison de travail qui se ferme dans le dos sera la solution trouvée, nous renvoyant inévitablement à son effet de contention. En effet, nombre d'observations rapportent des conduites excrémentielles chez Monsieur F. qui s'enduit le corps et le visage de ses fèces. Il barbouille également les murs de sa chambre et peut aussi lancer ses excréments. Il fut courant de penser que cette conduite pouvait s'adresser à l'autre, soit pour se protéger de son intrusion ou de son agression, soit pour mettre à l'épreuve la relation que le professionnel tentait d'engager avec lui. La réponse pragmatique de la « combinaison de sûreté » aura eu pour effet immédiat de stopper cette conduite difficile à supporter pour les équipes et de protéger Monsieur F. de la possible réaction projective de l'autre (le professionnel ou le patient). Mais à côté de

---

<sup>12</sup> Nous remarquerons ici tout l'intérêt de ce passage de l'oralité vers l'écriture, qui nous laisse des écrits originaux et certainement propices à l'affinement du regard clinique des soignants, l'écrit nécessitant un positionnement dans l'après-coup. Mais les transmissions se formalisent considérablement de 1990 à 2000. Cette évolution de l'écrit nous apparaît alors comme annonciatrice du glissement actuel vers la culture de la traçabilité codifiée au sein de l'institution hospitalière.

<sup>13</sup> Été 1997 : « *Reste nu en liberté dans le jardin. Apprécie d'être arrosé.* »

<sup>14</sup> 1996 : « *Rhabillé six fois dans la matinée* ». 1998 : « *On se demande à quoi ça sert de se fatiguer à le ficeler* ». »

l'aspect intersubjectif de cette conduite, nous soulignons ici la sensorialité de se recouvrir la peau nue de matières fécales chaudes et odorantes qui, de plus, sortent du corps<sup>15</sup>.

Si, pendant longtemps, son déshabillage compulsif a d'abord été considéré comme une stéréotypie du registre oligophrénique, nous pouvons ici convoquer la métaphore du *Moi-peau* (Anzieu, 1985) et les mécanismes de la fonction contenant de cette enveloppe psychique qui apparaît défaillante chez lui.

Il y a de toute évidence une souffrance neurologique chez Monsieur F., puisqu'il a traversé de graves épisodes comitiaux. Mais son histoire abandonnique<sup>16</sup> nous amène aussi à interroger la qualité de ses premières relations d'objet et de l'attention étayante dont il n'aurait pu bénéficier.

Les travaux d'Esther Bick (1967) sur la fonction psychique de la peau lors du développement des relations objectales précoces nous indiquent de quelle façon le nourrisson se protège de l'angoisse archaïque de morcellement au moyen d'expériences sensorielles qui le relie à sa mère. Celles-ci contribuent à l'introjection d'un objet contenant, garant de la différenciation espace interne/espace externe. Lorsque ce mécanisme précoce échoue, le nourrisson peut alors se trouver confronté à des angoisses catastrophiques et à des « états non-intégrés » en tant « qu'expérience passive de l'abandon complet », sans même pouvoir accéder à la ressource défensive du clivage. Lorsque la fonction de la première peau s'avère défectueuse, Esther Bick observe que le nourrisson peut avoir recours à la construction d'une « seconde peau », correspondant à des états massifs de protection qui aboutiraient à une « pseudo-indépendance ». Nous allons voir que de nombreuses attitudes chez Monsieur F. nous amènent à les envisager comme l'expression d'une confrontation à des vécus agonistiques du registre de la non-intégration, propices à des angoisses massives de dilution. Si son encéphalopathie nous amène sur le terrain de l'échec d'une symbolisation en lien avec sa déficience intellectuelle, nous pouvons aussi constater que d'importantes perturbations précoces des relations objectales se surajoutent à l'état déficitaire du sujet. Des conduites pouvant d'emblée paraître stéréotypées vont alors être éclairées différemment.

---

<sup>15</sup> Dans son dossier, sont aussi rapportées de fréquentes perturbations de ses fonctions primaires d'alimentation et d'excrétion (principalement des refus alimentaires ou une réticence à manger, ainsi que des diarrhées).

<sup>16</sup> D'après son dossier, Monsieur F. est né en région parisienne. Il est Pupille de l'État du fait d'un abandon précoce. Après sa naissance, il aurait été « dé-placé » par l'Assistance publique dans un autre département, chez une nourrice, avant d'être finalement hospitalisé.

Pour revenir à la métaphore du *Moi-peau* (Anzieu,1985), l'observation clinique de Monsieur F. nous permet d'avancer qu'il montre une « expérience de la surface du corps » (p. 39) toute singulière. Si nous envisageons la défection des mécanismes d'introjection de la fonction contenant de l'objet, nous pouvons alors envisager qu'elle soit liée à l'expression massive d'une insécurité interne du sujet.

Lorsqu'il a fini par supporter le vêtement, d'abord imposé par la combinaison, Monsieur F. a entrepris de chiper ici et là des couvertures pour s'en envelopper le corps et la tête. Ainsi, il se dénudait, mais s'enveloppait également. D'abord de ses excréments, puis des couvertures dans lesquelles il se nichait. Le port de la combinaison de travail, faite d'un épais coton des plus raide, est décrit comme l'apaisant.

L'habitude de s'enduire le corps d'excréments, puis d'en couvrir les murs de sa chambre, révèle la mise à l'épreuve des limites. De cette matière qui sort du corps, le sujet enduit son enveloppe corporelle, avant d'éprouver la matérialité de son espace de vie. Il sera remarqué que lorsque Monsieur F. était vêtu de sa combinaison, il était observé qu'il semblait ne pas supporter la souillure et qu'il cherchait à arracher le vêtement sale. Le barbouillage prenait donc une toute autre fonction qu'un hypothétique plaisir de la souillure.

Il nous semble que Monsieur F. fait bien la distinction entre l'interne et l'externe. La matière qui sort de son corps, celle qui y rentre lorsqu'il s'alimente semblent repérées comme différenciées de lui. Il ne montre pas d'attitudes de collage, de recherche de fusion pour se confondre à l'autre sur un mode adhésif. Toutefois, la peau en tant qu'outil de contenance ne semble pas opérante. Il est aux prises avec un contenant qui fuit. Il tient son sexe lorsqu'il se déplace, sans activité masturbatoire, comme s'il lui fallait surveiller le flux de la miction.

Il sera aussi remarqué que Monsieur F. s'apaise remarquablement lorsqu'on lui propose un bain. Ce temps est alors décrit comme un moment relationnel privilégié, où Monsieur F. se risque à échanger des regards, voire un contact corporel, aussi fugace soit-il. L'eau chaude et les parois de la baignoire font contenance, suffisamment pour que le sujet puisse, le temps de cette sensation, rencontrer l'autre en tant qu'individualité séparée. Il n'accepte de sortir de la baignoire que lorsque l'eau s'en est totalement écoulée, mettant ici à l'épreuve l'aspiration du liquide par le siphon.

À d'autres moments, Monsieur F. ne supportera pas de voir des contenants remplis d'eau. Il interviendra systématiquement pour les renverser, et donc les vider du liquide contenu. Là aussi, nous faisons le lien avec l'angoisse de dilution, comme si l'expérience du liquide se répandant dans l'espace pouvait symboliser la défaillance de son enveloppe corporelle à contenir son propre fluide.

Le repas reste une expérience sensorielle délicate pour Monsieur F. Incorporer des aliments ne semble pas aller de soi chez lui. Longtemps il dut être maintenu à table et la nourriture lui était présentée dans une petite bassine qu'il jetait à travers la pièce une fois vide, ou partiellement vidée. Il n'a jamais supporté que des couverts puissent rester posés face à lui, sur la surface plane de la table. Il les balaie irrésistiblement de la main pour les projeter. Cette conduite a demandé un certain temps pour être comprise par les intervenants comme l'expression d'une angoisse, que le caractère anxiogène de l'acte de se nourrir renforce, plutôt que comme une attitude turbulente ou provocante. Monsieur F. semble vouloir retrouver la bidimensionnalité de l'espace (Meltzer, Bremner, Hoxter, Weddel & Wittenberg, 1975) au moyen du lissage de la table. « Les enfants autistes vivent en fonction des surfaces ; leur expérience est plate et bidimensionnelle » (p. 62) écrit Frances Tustin (1990). Cette action semble avoir une fonction rassurante, notamment lorsqu'il s'agit d'ingérer de la nourriture et donc de supporter qu'un flux, liquide ou solide, puisse traverser son corps. L'expérience sollicite le ressenti de l'intérieur du corps et de sa séparation d'avec le monde. Comment peut-il absorber, contenir et rejeter si l'univers et lui-même se diluent indéfiniment ? Si, chez certains sujets, nous observons de la glotonnerie qui s'associe au besoin d'hyperstimulation de la sphère orale et digestive, Monsieur F. semble davantage aux prises avec un moment sans consistance, qu'il éluderait en quittant la table.

La relation de Monsieur F. aux objets inanimés du quotidien mérite ici d'être interrogée. Ce qu'il nous montre de sa relation à l'environnement prend tout son sens avec l'éclairage d'une probable angoisse d'anéantissement et de la défaillance de son enveloppe. À son arrivée au sein de la maison d'accueil spécialisée, Monsieur F. avait pour pratique de rassembler plusieurs chaises autour de lui, comme une édification susceptible de le protéger. Il se déplaçait assis au sol, en déplaçant sa forteresse de chaises avec lui. Les professionnels ont supposé qu'il pouvait ainsi mettre à distance les dangers que semblaient représenter les autres patients, dans la mesure où Monsieur F. était vulnérable

et qu'il avait souvent été bousculé par le passé. Nous y voyons surtout un moyen de se construire une enveloppe corporelle plus efficiente. L'espace architectural de la maison d'accueil spécialisée est vaste et très aéré, contrairement aux pièces mieux délimitées, donc plus contenantes, des services hospitaliers dans lesquels Monsieur F. a pu évoluer pendant des années.

De plus, Monsieur F. ne peut tolérer une porte ouverte dans son entourage. Il s'empresse de la fermer, plus ou moins délicatement. Ici encore, la métaphore de la recherche de contenance nous interpelle, comme si le moi du sujet pouvait fuir ou se diluer via cette porte grand ouverte qui semble bien perçue en tant qu'outil de délimitation spatiale. Il fut aussi observé, plus anciennement, que Monsieur F. renversait les chaises et les fauteuils de l'espace de vie, que les sièges soient occupés ou non. L'infini de l'espace et le vide autour de lui semblent aspirer les objets.

Son attitude corporelle révèle également tous ses efforts pour un rassemblement interne. Il marche les jambes pliées, les pieds nus en équin et n'a que rarement supporté d'être chaussé. Une main proche de son visage agite ses doigts devant lui, l'autre maintenant son sexe dès que son vêtement le permet. Cette attitude si singulière semble lui permettre de lutter contre l'angoisse d'anéantissement que peut représenter la menace de dilution, révélatrice de son impossibilité à prendre corporellement place dans l'espace tridimensionnel.

De l'enfant turbulent et idiot qui se montre agressif, nous en arrivons à rencontrer un sujet aux prises avec des vécus et des angoisses archaïques du fait d'un échec de l'intériorisation de la fonction contenante, en lien avec des troubles importants des premières relations objectales. Les nombreux travaux concernant l'autisme (en particulier ceux de Frances Tustin, Donald Meltzer, Daniel Stern et Didier Houzel) décrivent les vicissitudes des relations de ces enfants à leur corps et à leur sensorialité. Si nous nous appuyons sur la « grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile » proposée par Geneviève Haag (2009), nous pouvons retrouver la majorité des expressions de Monsieur F. dans ce qu'elle décrit de la deuxième étape, la « récupération de la « peau », enveloppe/contenance/entourage » (p. 124-125).

Ces approches contemporaines de l'autisme lui confèrent une évolution dynamique et s'appuient essentiellement sur le travail auprès d'enfants. Ici, nous évoquons un patient qui avait cinq ans en 1957 et qui se trouve aujourd'hui marqué par les effets chronicisants

de son institutionnalisation ancienne. Monsieur F. n'aura pas pu bénéficier de nos avancées cliniques qui montrent toute la nécessité d'un diagnostic précoce des troubles autistiques. Dans le discours des soignants, il est resté décrit comme un « encéphalitique avec des troubles du comportement », même si le terme d'autisme apparaît une fois dans son dossier, en 1982, pour n'être finalement mentionné dans un diagnostic officiel qu'en 2000. En 2007, seul le code F72 de la CIM-10 (« retard mental profond ») diagnostique Monsieur F., cette date correspondant à l'obligation légale du codage des troubles de la personne au moyen de cette classification.

La situation abandonnique de Monsieur F. et les distorsions du développement de ses relations objectales précoces, certainement aggravées par ses troubles neurologiques – « l'encéphalite épileptique » – ne semblent pas prises en compte dans la lecture de ses troubles. Il n'est pas fait de lien avec l'étude clinique de Roger Misès et d'Ilse Barande à propos des états déficitaires dysharmoniques graves, parue en 1963 dans une publication de *La psychiatrie de l'enfant*. Celle-ci met pourtant à jour l'intrication entre les lésions organiques précoces et des désorganisations d'ordre psychotique, notamment au niveau des investissements libidinaux et de la relation aux éléments de la vie quotidienne.

Les avancées cliniques à propos de la déficience sont des apports que nous avons déjà pu souligner dans le déroulé de cette vignette clinique. Nous observions, à propos du cas de Monsieur F., une nette latence entre leurs publications et leurs applications dans nos pratiques institutionnelles. Nous verrons qu'au vingtième siècle, de nouvelles approches nous ont permis, peu à peu, de nous dégager des effets d'immutabilité qui nous semblent émaner des travaux des aliénistes. Dès les années soixante, Roger Misès et ses collaborateurs ont considéré que l'examen de l'enfant nécessitait une observation globale du sujet, même lorsque l'aspect déficitaire d'une arriération dite « simple » se présente au premier plan. Cette considération permet de prendre en compte les aménagements et les mécanismes défensifs que peut adopter un enfant, en particulier lorsqu'il est aux prises avec des manifestations anxieuses. Nous l'avons vu, le rapport au monde de Monsieur F. est singulier. Il méritait d'être interrogé pour que ses comportements, fréquemment décrits comme compulsifs et stéréotypés, puissent finalement être compris en tant que manifestations d'angoisse à prendre en compte dans son accompagnement au quotidien. C'est un point de vue théorique qui a encore pu être soutenu ces dernières années,



principalement dans le champ clinique de l'autisme, et que Geneviève Haag (2014) résume ainsi :

« Les réactions hypertoniques, et les autostimulations sensorielles des stéréotypies nous paraissent donc « défensives » pour, tout de même, se ressentir, ce qui est maintenant reconnu par plusieurs courants de pensée, en regard des limites et attaches corporelles précaires dans un espace non construit. » (p. 58)

Mais dans une institution à l'agrément d'accueil très vaste où se confondent histoires, pathologies, troubles et symptômes, proposer d'ajuster les pratiques en fonction de la lecture spécifique que nous offre chaque sujet nécessite un travail clinique soutenu. Introduire des éléments de compréhension issus d'un champ aussi spécifique qu'est l'autisme a pu, au départ, être perçu comme une originalité. Aujourd'hui, une partie des professionnels accède à des formations pour développer leur connaissance des pathologies autistiques. Il est maintenant même question qu'un pavillon leur soit consacré spécifiquement.

Il est délicat d'avancer qu'une approche diagnostique plus affinée dès son enfance aurait permis à Monsieur F. d'évoluer différemment. Nous ne pouvons pas refaire l'histoire. Il est toutefois évident qu'aujourd'hui, son traitement ne serait plus le même. La seconde moitié du vingtième siècle représente une période d'évolution quant à nos approches de la déficience, mais son impact sur les pratiques aura nécessité une temporalité différente d'un lieu de soin à un autre. Ainsi, l'accompagnement de Monsieur F. semble avoir évolué au gré des rencontres humaines qu'il aura pu faire durant toutes ces années. Il aura remarquablement su utiliser la fonction sémaphorique (Delion, 2000, 2011) pour guider ceux qui ont pris soin de lui vers un accompagnement qui ne lui fasse pas trop effraction. Avec cette vignette clinique, nous avons cherché à montrer que, pour décrypter le rapport au monde de Monsieur F., il est nécessaire de s'engager dans une « observation participante » (2011, p. 32) :

Beaucoup d'enfants autistes ont des stéréotypies, mais à les observer de près, le clinicien découvre que chez celui-ci elles surviennent à la séparation et chez celui-là, à l'intrusion. Je pourrais faire le tour de tous les signes pour montrer comment ils portent le style de

l'enfant en question et constituent déjà autant d'indices de son fonctionnement particulier.  
(*ibid.*)

C'est au moyen d'une relation de proximité avec Monsieur F. que les soignants ont pu « porter les signes de sa souffrance » (*ibid.*) pour que ceux-ci puissent être métabolisés, au moyen de la fonction sémaphorique, et compris peu à peu par les intervenants. Notre analyse s'inscrit donc dans une collaboration étroite entre l'accueilli et les membres de l'équipe dans un premier temps, puis dans l'après-coup, entre ceux-ci et nous-même, psychologue clinicienne.

Ainsi, si Monsieur F. a traversé une époque riche en découvertes cliniques et qu'il nous semble porter les traces de l'histoire, nous nous sommes attachée à montrer que son « idiotie » des années soixante peut aujourd'hui se décliner dans toute la complexité de sa psychopathologie et bénéficier d'un regard clinique moderne.

Le diagnostic générique d'idiotie, posé dans les années soixante, a marqué son histoire. L'empreinte des travaux de Jean-Étienne Esquirol s'est avérée tenace, et peut l'être encore aujourd'hui, près de deux siècles plus tard. Toutefois, il apparaît qu'au fil du temps, le principe d'inéducabilité s'est dissocié de celui d'incurabilité. Les enfants dits « inéducables » dans les années soixante ont pu bénéficier d'un accompagnement visant à améliorer leurs conditions de vie et s'emparer de certaines propositions subjectivantes, que nous associons à l'idée d'éducabilité. Il nous paraît alors essentiel de pouvoir séparer ces deux notions, longtemps associées dans le triptyque ancestral incurabilité/inéducabilité/dégénérescence. Nous chercherons à redéfinir l'éducabilité, ou plutôt à élargir cette notion, de l'acquisition d'un savoir-faire vers le précepte de la subjectivation. En effet, l'impossibilité de Monsieur F. à accomplir des actes de la vie quotidienne, et donc à se montrer « autonome », nous incite à considérer sa dépendance en tant que principale caractéristique du sujet. Esquirol décrivait l'idiotie en révélant son registre déficitaire au premier plan. Pourtant, que dire lorsque nous observons Monsieur F. entrer seul dans la chambre de son voisin et s'emparer d'une couverture convoitée pour s'en envelopper ? Ne révèle-t-il pas ici une capacité d'indépendance, voire d'autonomie pour servir un de ses besoins, ici celui de renforcer la contenance de son enveloppe défaillante ? Il nous semble que nous pouvons ici relever sa capabilité à accomplir un projet singulier, fut-il dérisoire d'un point de vue quantifiable (Pachoud, 2018 *b*). Esquirol (1838) a pu restituer des phénomènes de ce type lors de riches descriptions

cliniques de ses patients. Mais il n'en aura que peu tiré parti, rapprochant le vol de l'onanisme en qualifiant les deux conduites de « vice »<sup>17</sup>. Il nous semble que les intervenants observent positivement de tels mouvements de subjectivation, et tendent même parfois à les favoriser, sans pour autant être en mesure de les valoriser. Chiper une couverture ne relève pas d'un apprentissage. L'acte n'est pas référencé dans les grilles d'accès à l'autonomie et sur le principe, il serait même répréhensible. Pourtant, il nous montre Monsieur F. en capacité d'aller à l'encontre de sa grande dépendance et de réussir son entreprise. Nous décrivons ici une invitation du sujet à la créativité de l'intervenant qui l'accompagne, à la sortie du cadre, de la norme, vers le soutien de son indépendance. Du point de vue de Bernard Pachoud, « La capabilité conditionne donc le bien-être, en est l'indicateur le plus fiable et à ce titre constitue ce qu'il convient d'évaluer et de promouvoir » (*op. cit.*, p. 46), dans la mesure où la capabilité souligne chez le sujet sa possibilité concrète de réaliser quelque chose et d'exercer son « pouvoir d'agir ». Nous verrons que les *tentatives* de Fernand Deligny, au cours de la seconde moitié du vingtième siècle, soutenaient les initiatives de ses accueillis dans ce sens, en s'appuyant sur les nécessités de la vie quotidienne.

C'est sur ce point qu'entre en scène une autre notion, peu exposée mais sans cesse sous-jacente : celle de l'utilité, ou plutôt de l'utilisation. Il apparaît que plus la société s'est industrialisée, plus l'appartenance sociale de l'individu s'est constituée en lien avec le principe de valorisation du travail. Si le travail garantit une certaine indépendance au citoyen, il lui affilie surtout une place sociale parmi les autres. Dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, la question de « l'utilisation » des malades s'est posée lors du développement de la psychiatrie. Nous verrons que les rééducateurs se sont démenés auprès des idiots dans la finalité de les voir accéder au travail. Au fil du vingtième siècle, la catégorie des idiots, d'abord considérable et disparate, va peu à peu se décliner en fonction des capacités cognitives et instrumentales des sujets, jusqu'à ce que les politiques d'orientations, soutenues par les associations de familles (et réciproquement) s'appuient à leur tour sur cette valeur forte qu'est le travail en permettant à un grand nombre de sujets déficients d'y accéder, comme d'autres avaient pu accéder aux bancs de l'école au moment de la création des classes de perfectionnement au début du vingtième siècle. Ainsi, il nous semble que le concept d'autonomie, prégnant aujourd'hui dans la conception des

---

<sup>17</sup> Pour cet aspect, nous retenons les observations de M. de G..., p. 313-316, d'Aba, p. 318-320 et de D., p. 378-379.

pratiques professionnelles au sein de nos institutions, s'est élaboré sur cette idéologie de la valeur-travail.

L'exposé de ce premier chapitre vise à reprendre ces éléments fondateurs ayant permis l'avènement de notre clinique spécifique. Mais il y a un envers, et force est de constater que le développement de nos pratiques auprès de ces sujets si particuliers a parfois pu être freiné dans sa créativité, comme s'il s'agissait de ne pas trop s'éloigner du chemin tracé par nos ancêtres.

### I.1.1. L'EMPREINTE D'ESQUIROL

Jean-Étienne Dominique Esquirol a succédé à Philippe Pinel à la Salpêtrière au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. C'est dans ce lieu qu'il prêtera une attention toute particulière au « sort des malheureux idiots », formule que nous retrouvons fréquemment dans ses travaux. Il propose alors d'affiner la classification proposée par Philippe Pinel en distinguant l'état incurable d'idiotie d'avec celui, davantage mobilisable, de la démence. En effet, avec le traitement moral, les aliénistes avancent que cette dernière montre des possibilités d'amélioration, voire de guérison. C'est sur ce point que va d'abord apparaître la dichotomie curabilité/incurabilité.

#### ISOLATION ET CATÉGORISATION DE L'IDIOTIE

Esquirol hiérarchise différents degrés d'idiotie, et la distingue notamment de « l'imbécillité » qui correspond à une première catégorie :

Dans la première, l'organisation est plus ou moins parfaite, les facultés sensibles et intellectuelles sont peu développées, les imbécilles ont des sensations, des idées, de la mémoire, des affections, des passions et même des penchans, mais à un faible degré. Ils sentent, ils pensent, ils parlent et sont susceptibles de quelque éducation. Dans la seconde série, l'organisation est incomplète, les sens sont à peine ébauchés, la sensibilité, l'attention, la mémoire sont nulles ou presque nulles. Les idiots n'ont qu'un très petit nombre d'idées limitées, ainsi que leurs passions aux besoins instinctifs, qu'ils expriment par quelques gestes, par quelques mots, par quelques monosyllabes ou par des cris. La raison ne dirige point leurs actions, qui, peu nombreuses, se répètent par habitude ou par imitation. (Esquirol, 1838, p. 288-289)

Nous découvrons déjà la description des stéréotypies qui neutralisent la recherche de sens des comportements répétitifs des sujets déficitaires. En outre, si cette distinction entre idiotie et imbécillité annonce les prémises de la démarche psychométrique d'Alfred Binet, elle ne s'avère pas toujours repérable à la lecture des différentes situations cliniques exposées par Esquirol. « L'imbécillité » semble toutefois plus évolutive et dysharmonique que l'idiotie :

On s'attend bien que je n'aie rien à dire sur le traitement d'un état constitutionnel ; néanmoins, on peut jusqu'à un certain point améliorer le sort des imbécilles, en donnant une bonne direction à leurs habitudes, à leurs actions, en les accoutumant à quelque travail qui tourne au profit de l'imbécille pauvre, ou serve de distraction à l'imbécille riche. (p. 351)

La lecture de ce texte d'Esquirol nous permet de découvrir plusieurs fondements de nos pratiques, et même de nos politiques sociales. Ici, nous retrouvons l'esquisse du principe de rééducation par le travail, assorti d'une distinction de son utilité en fonction du statut social de la personne. Il nous montre également que la dissociation entre incurabilité et inéducabilité était envisageable, puisqu'Esquirol confie qu'il est possible d'éduquer « l'imbécille », à défaut de pouvoir le traiter. En outre, la chronicité liée à l'institutionnalisation est aussi rapidement évoquée par le médecin qui décrit un autre aspect de l'évolution de la pathologie. Aussi écrit-il qu'il « arrive qu'un imbécille conduit dans un hospice, présente après quelques années, tous les caractères de l'idiotie » (p. 304).

Au fil de ses observations, il peut aussi laisser apparaître son constat de possibilités d'évolution chez les idiots. Il n'en dira pas plus dans ses conclusions, préférant souligner le caractère immuable de la pathologie. Pourtant, les observations laissent envisager le travail d'accompagnement accompli au quotidien, même si nous en savons peu sur les conditions de celui-ci. Dans l'observation suivante, les « progrès intellectuels » rejoignent les habiletés aujourd'hui décrites en tant que critères d'acquisition d'autonomie :

L'état de cette fille est resté longtemps stationnaire, mais depuis quatre ans, elle fait quelques légers progrès intellectuels. Elle va chercher elle-même les aliments, les réclame si on l'oublie, elle rejette ceux qui ne lui plaisent point. Les déjections ne sont involontaires que pendant la nuit ; le jour, elle va aux latrines. Elle articule, mais mal, quelques mots dont elle se sert à propos pour exprimer ses désirs : elle s'efforce de répéter ce qu'elle entend sans en pouvoir venir à bout. Elle fait beaucoup de grimaces paraissant y attacher des idées qu'elle ne peut exprimer autrement. (p. 309)

L'utilisation du langage reste une qualité primordiale, au-delà de la réelle capacité du sujet à s'adresser à l'autre :

Ce langage n'exprime que les premiers besoins de la vie, et les appétits instinctifs auxquels les idiots ne peuvent satisfaire par eux-mêmes. De quelle utilité serait la parole pour celui qui ne pense pas, qui n'a rien à communiquer à ses semblables ? Les idiots sont muets,

parce qu'ils n'ont rien à dire ; ceux qui ont un langage d'action n'ont qu'un petit nombre de gestes pour signes de leurs besoins instinctifs. Les idiots agissent-ils, ils font tout de travers ; on les reconnaît au désordre, à la gaucherie, à la lenteur, de leurs actes ; l'intelligence reste ce qu'elle était à leur naissance ou à l'époque à laquelle il y a eu arrêt de développement. (p. 334)

Ici, la position subjective de la personne n'est pas envisagée et elle est réduite aux besoins primaires. D'autres items apparaissent au fil des descriptions cliniques, dont la majorité se réfère à la vie quotidienne : savoir chercher sa nourriture, reconnaître le son de la cloche qui annonce le repas, savoir s'habiller, maîtriser ses sphincters, s'abriter lorsqu'il pleut ou se couvrir lorsqu'il fait froid, savoir utiliser un matériau pour jouer, connaître la valeur de l'argent... Deux siècles plus tard, la dépendance de la personne ne s'évalue pas autrement, les critères restent identiques.

Au fil de la lecture, nous reconnaissons d'importantes similarités entre ses vignettes cliniques et les sujets que nous rencontrons à la maison d'accueil spécialisée. Les gravures de Tardieu qui illustrent le texte sont d'ailleurs frappantes à ce niveau, notamment lorsque l'on découvre les postures corporelles représentées. Au vu de l'époque, nous savons que les phénomènes d'agitation des patients étaient spectaculaires et envahissants. Des conduites d'automutilation sont énoncées lorsqu'il observe qu'ils « ont si peu le sentiment du moi, qu'ils ne savent pas si la partie affectée leur appartient, aussi en est-il plusieurs qui se mutilent » (p. 338) mais nous ne percevons pas chez Esquirol la préoccupation qui nous mobilise tant aujourd'hui. Ici, il fait le lien avec le vécu de morcellement du sujet psychotique. La sensibilité à la douleur est un aspect régulièrement évoqué par le médecin et, si l'insensibilité semble l'interpeller, il la relie également à l'efficacité intellectuelle en affirmant que « Leur abrutissement moral est en rapport avec la privation de la sensibilité physique » (p. 338).

Encore marqué par le sensualisme de Condillac, il relie l'intelligence aux cinq sens, fixant ici l'état d'incurabilité et d'inéducabilité du sujet :

Ainsi les sens des idiots étant à peine ébauchés, les sensations imparfaitement perçues, leur intelligence ne peut se produire au dehors, puisque ses instruments sont défectueux. Les sens étrangers au monde extérieur ne peuvent se rectifier les uns par les autres, l'éducation ne saurait suppléer à tant de désavantages, bien différents des aveugles, des sourds et muets

chez lesquels les sens qui restent suppléent jusqu'à un certain point aux sens dont ils sont privés. (p. 333)

Mais les tableaux rapportés par Esquirol échappent parfois au caractère massif qu'il tend à transmettre. À l'occasion de plusieurs rencontres, il se laisse surprendre par des dysharmonies. La sensibilité musicale de certains de ses patients, leurs compétences à chanter juste ou à reproduire des airs semblent le fasciner. Il décrit plusieurs expériences de « singulière capacité musicale »<sup>18</sup> avec enthousiasme et la musique apparaît en tant que ressource pour capter l'attention ou apaiser certains sujets. Ici, les prémisses de la musicothérapie apparaissent. Mais cet aspect reste une curiosité, Esquirol ne s'en empare pas pour envisager les compétences particulières du sujet, notamment dans la clinique de l'autisme, bien loin d'être découverte.

Nous retrouvons aussi la description des stéréotypies : « Quelques idiots ont des tics très singuliers, ils semblent être des machines montées pour produire toujours les mêmes mouvements ; pour eux, l'habitude tient lieu d'intelligence. », écrit-il (p. 335). Il s'avère qu'aujourd'hui, pour les professionnels, il est encore difficile d'accorder du sens aux stéréotypies. Pourtant, celles-ci caractérisent parfois le sujet jusqu'à en devenir une marque identitaire qui mérite d'être davantage interrogée. Cette notion d'habitude, rapportée par Esquirol, nous apparaît aussi comme la description du rituel en tant que réassurance face à une angoisse trop envahissante pour le sujet.

Esquirol déplore fréquemment les « vices » de ses patients. Son humanisme est freiné par la moralisation. Il condamne tout accès à la vie sexuelle en l'associant souvent au vol : « Aba est onaniste et voleur, il vole même avec adresse surtout les aliments qu'il peut saisir, ce vice est porté chez lui à un très haut degré » (p. 320). Ces conduites ne peuvent être soulignées en tant que potentialités et restent encore aujourd'hui difficilement soutenues dans nos pratiques, comme nous l'évoquions en observant Monsieur F. chiper une couverture.

À distance de notre position temporelle, nous observons la multiplicité des troubles décrits sous cette entité générique d'idiotie. Nous reconnaissons des attitudes que l'on rapporterait à des troubles psychotiques aigus, à certaines formes d'autisme ou encore à des troubles spécifiques des fonctions instrumentales... La dysharmonie est perceptible

---

<sup>18</sup> En particulier l'observation de Quéneau, « De l'idiotie », 1838, p. 304-307.



tout au long du texte clinique d'Esquirol. Il aura fallu plus d'un siècle pour qu'elle puisse être conceptualisée.

Esquirol observe, tel un éthologue. Il fait des constats plutôt généralistes malgré des descriptions cliniques individualisées. Il semble fasciné par les conduites sensorielles de ses patients, qu'il projette au premier plan jusqu'à nous sembler parfois proche de la monstration.

Les idiots sont rachitiques, scrofuleux, épileptiques ou paralysés (...) Les idiots sont sourds, demi-sourds ou entendent mal ; ils sont muets, ou ils articulent avec difficulté, quelques monosyllabes (...) Le goût, l'odorat, ne s'exercent pas mieux, car ces malheureux ne distinguent point les qualités des corps sapides ou odorants (...) Ils dévorent tout ce qui tombe sous leurs mains (...) Le toucher, loin de rectifier les autres sens ou de les suppléer, n'est pas sûr (...) Ils marchent lourdement, en cannetant, par saccade, etc., sont facilement renversés à terre. (p. 331-333)

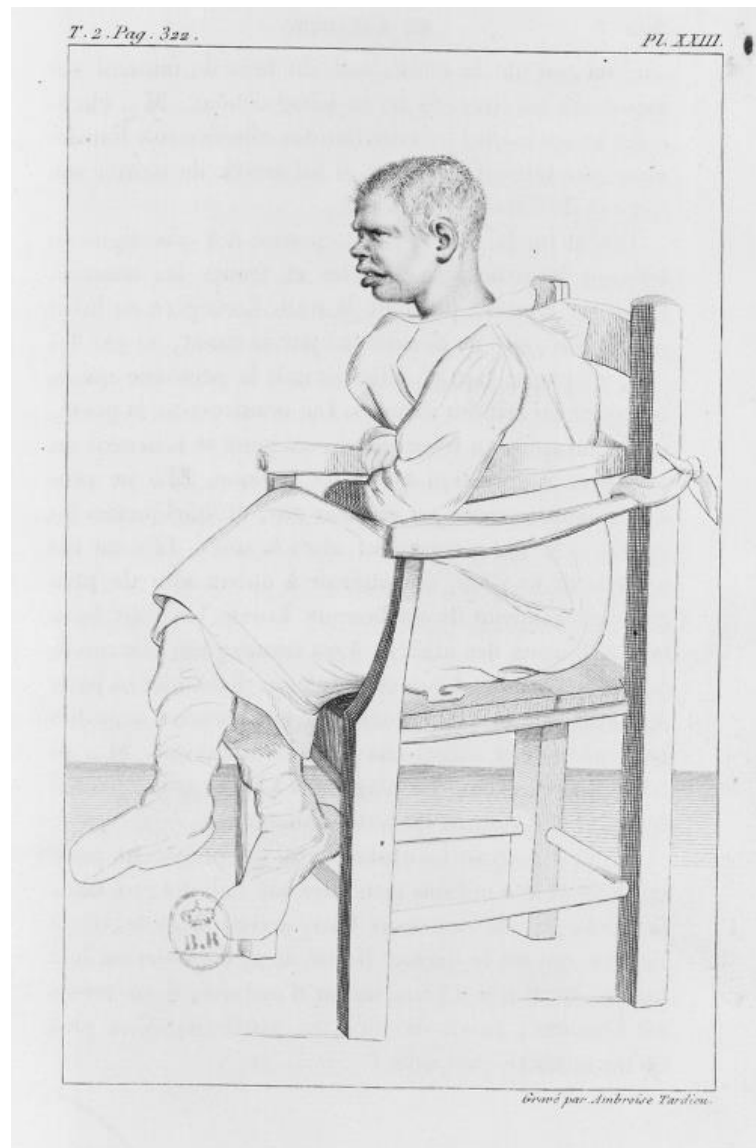
Souvent, il rongait un morceau de bois et en avalait les rognures ; dès qu'on lui adressait la parole en le regardant fixement, il fuyait pour se cacher ; le plus léger bruit le jetait dans la terreur, il s'en allait, mais bientôt il revenait pour reprendre son exercice habituel. (p. 337)

Ses nombreuses descriptions cliniques nous apparaissent minutieuses et dans leur ensemble, elles semblent plutôt empathiques. Esquirol se présente comme un médecin attentionné et sensible à la situation de ses « pauvres idiots ». Le lien intersubjectif semble être l'assise de ses observations qui restent somme toute partielles en mettant en évidence les aspects les plus spectaculaires de l'idiotie. Leur caractère *a priori* bienveillant contraste avec la radicalité de ses déductions scientifiques, impression certainement renforcée par les usages linguistiques de l'époque :

Quelquefois les idiots n'ont même pas les facultés instinctives; ils sont au-dessous de la brute, car les animaux ont l'instinct de leur conservation, de la reproduction; et les idiots n'ont pas cet instinct, ils n'ont pas le sentiment de leur existence; ils n'ont ni douleur, ni plaisir, ni haine, ni amour; ce sont des êtres avortés; ce sont des monstres voués par conséquent à une mort prochaine, si la tendresse des parents, ou la commisération publique ne protégeaient pas leur existence; et cependant, qui ne serait frappé de cette facilité qu'ont la plupart des idiots, pour chanter, pour retenir les airs? (p. 334-335)

Avant d'analyser les observations qui précèdent, pour en déduire des notions générales sur l'idiotie, ne faut-il point, par de nouveaux faits, arriver à ce degré de l'idiotie qui est le dernier terme de la dégradation humaine, où il n'y a plus même d'instinct, à ce terme où l'homme, privé de tous ses attributs, n'est plus qu'un monstre qui végète ? (p. 322)

La planche XXIII exprime parfaitement l'état stupide de cette malheureuse. (p. 322)



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

(Maladie mentale. Femme aliénée ligotée sur un fauteuil. Gravée par Tardieu. [Cote : BNF C 89815.] Tardieu & Esquirol, 1838, pl. XXIII)

La monstruosité de l'anormalité et son *inquiétante étrangeté* apparaissent dans les représentations collectives bien avant le XIX<sup>ème</sup> siècle. Esquirol en est un transmetteur. À

ce titre, il n'hésite pas à rapporter des anecdotes marquantes soulignant la dangerosité de l'idiot :

Gall rapporte qu'un idiot ayant tué deux enfants de son frère, vient en riant raconter à ce malheureux père ce qu'il venait de faire. Harder raconte qu'un idiot égorga un homme après avoir vu égorger un cochon. (p. 339)

Sa démarche clinique, pourtant sous-tendue par des rencontres intersubjectives, reste teintée d'un jugement peu clément que nous associons à l'importance des notions de bien et de mal, mais aussi à l'influence du catholicisme. Rappelons qu'avant de devenir médecin, Esquirol se destinait au clergé. Il a étudié au séminaire d'Issy avant que celui-ci ne ferme dans le contexte de la Révolution française. Il fréquentera plus tard la Société de morale chrétienne, dont Robert Castel (1976, p. 212-215) souligne l'implication dans la création des politiques de l'assistance visant, selon lui, à assujettir les classes défavorisées. Nous pourrions y voir ici une certaine influence sur l'évolution de la pensée d'Esquirol. Pourtant, son école a traduit sa mise en opposition des sciences et des croyances religieuses.

#### NAISSANCE DE LA « COMPLIANCE »

Au cœur de la monarchie de Juillet, le discours des aliénistes, et celui d'Esquirol en particulier, cherche à se dégager des préceptes de l'Église. Toutefois, nous observons maintenant que les fondements de leurs pratiques thérapeutiques et des communautés asilaires religieuses n'étaient pas si éloignés et tendaient même à se rejoindre. Le sentiment religieux, qui convoque la notion de faute originelle et de répudiation du mal, reste diffus (Guillemain, 2006).

Le sentiment de honte et de pudeur est une indication très fréquemment utilisée dans les évaluations cliniques d'Esquirol, en tant que facteur révélateur d'humanité ou de monstruosité chez le sujet. Lorsqu'il aborde le crétinisme et l'influence de l'environnement des vallées sur la pathologie, il désigne aussi les conditions de vie sociale et familiale de l'enfant. Esquirol est un contemporain des théoriciens de la dégénérescence et de la naissance de l'hygiénisme qui marquent encore nos pratiques et nos politiques sociales :

L'indolence, la paresse, l'ivrognerie et la débauche, les soins mal entendus qu'on donne aux enfants nouveau-nés, les accidents qui arrivent de l'abandon de ces mêmes enfants, sont tout autant de causes secondaires, mais puissantes, qui augmentent l'énergie des funestes influences du sol, des eaux et de l'air. (p. 362)

*In fine*, Esquirol décrit avec précision, il explicite en s'appuyant sur les apports scientifiques de son époque, mais il ne problématise que très peu :

Sans imiter l'espèce de culte qu'on rendait aux idiots et aux crétins dans quelques contrées, dans lesquelles on regardait comme une faveur du ciel d'avoir un idiot ou un crétin dans sa famille, on entourera de soins assidus et actifs ces infortunés qui, abandonnés à eux-mêmes, sont exposés à toutes les causes de destructions; par habitude, on les accoutume à un régime convenable; leur paresse, leur apathie, leur résistance à tout mouvement, sans perdre de vue que leur saleté, leurs infirmités, augmentent cette malpropreté, leur disposition à l'onanisme, exigent une surveillance éclairée et très active. (p. 351)

La vie affective et émotionnelle du patient, son lien à l'autre – en particulier au soignant – ne nous semblent évoqués que de manière factuelle, sans être pris en compte dans le travail clinique d'Esquirol, si ce n'est quand il souhaite souligner la nécessité de reconnaissance – au sens de gratitude – du sujet envers celui qui prend soin de lui. La famille du sujet n'est également que rarement évoquée en tant qu'assise objectale pour le sujet. Elle est davantage présentée en souffrance et libérée d'une grande difficulté lorsque l'enfant est recueilli par l'institution publique.

Historiquement, Esquirol est un aliéniste porteur de la rupture que ce dispositif engage alors. Il se situe dans le prolongement de la perspective thérapeutique du traitement moral de Philippe Pinel. Marcel Gauchet (1997) le présente comme « le premier véritable aliéniste » (p. 19), du fait de son implication directe auprès des patients, en comparaison à Pinel qui s'appuyait surtout sur la pratique de Jean-Baptiste Pussin, son surveillant-chef, aujourd'hui désigné comme l'ancêtre des infirmiers. Cette implication particulière peut s'expliquer par le parcours du médecin, qui, juste après l'abandon de son séminaire et de son projet de prêtrise, s'est engagé auprès des malades en tant qu'auxiliaire de santé à l'hospice de la Grave (Meyers, 2005, p. 89). Les écrits d'Esquirol nous montrent son souci de compréhension du sujet, son exploration de l'altérité et parfois même quelques tentatives de mise en évidence d'un processus de subjectivation chez le patient aux prises avec l'aliénation. En différenciant la démence d'avec l'idiotie, il semble toutefois

s'écarter de l'idée d'une présence subjective chez l'idiot. Ses conclusions sévères nous amènent à ce constat. Pourtant, sa posture fait montre d'une certaine humanité et d'une pratique clinique qui s'appuie sur la rencontre avec le sujet, même lorsque celui-ci est décrit comme très diminué, voire déssubjectivé.

Mais la qualité de la relation soignant-soigné est aussi à replacer dans le contexte de la naissance de la psychiatrie. Si la relation des médecins aliénistes à leurs patients s'appuie sur la bienfaisance<sup>19</sup>, elle s'avère aussi s'édifier sur l'autorité du maître envers le sujet vulnérable. Claude Quérel (2012) évoque la crainte en tant « qu'instrument de guérison ». Il souligne toutefois que pour Esquirol, cette crainte « ne doit pas être inspirée directement par le médecin mais par ses aides, lui-même devant rester un « consolateur », alliant bonté et fermeté et commandant l'estime des malades » (p. 268). Les écrits des aliénistes véhiculent des notions de « docilité », d'obéissance ou de complaisance lorsqu'ils évoquent leurs patients. L'utilisation du gilet de force, de l'eau froide (la « douche de punition » instituée par François Leuret) ou de l'humiliation semble courante, et se présente alors comme une amélioration en comparaison avec les cachots insalubres, le recours aux chaînes et ceintures de fer déplorés par Esquirol lors de ses visites dans plusieurs établissements de province. Claude Quérel, et Jacques Postel (1979), relatent les dérives de l'empirisme du traitement moral, dont la qualité se trouvera conditionnée par la personnalité du médecin qui l'instaure dans l'institution, notamment quand les effets du contre-transfert ne sont pas encore identifiés. Peut-être à l'encontre des premières aspirations des aliénistes, le développement du monde asilaire a engendré celui d'un système panoptique, propice à l'assujettissement de celles et ceux qu'il accueille, ce que nous a révélé Michel Foucault (1972). Robert Castel (1976) définit le traitement moral comme « l'imposition d'un rapport spécifique de pouvoir entre le médecin et le malade » (p. 87), relation de pouvoir sans réciprocité dans la mesure où la folie, en tant que désordre, doit recouvrer une stabilité perçue comme la capacité du sujet à se soumettre à l'ordre social et contractuel de la société à l'époque où elle devient peu à peu libérale. « Tout traitement est dès lors une lutte, un rapport de force entre un pôle raison et un pôle déraison » (p. 94), écrit Castel. L'institution totalitaire se serait donc inscrite dans un rapport dialectique afin de permettre l'essor du libéralisme dans une société où les individus ne sont plus contenus par le pouvoir qui n'est plus absolu. L'asile viendrait donc exercer la contrainte autrefois exercée par la royauté. Ces éléments socio-historiques nous

---

<sup>19</sup> La bienfaisance, ancêtre de la « bienveillance » ?

permettent de percevoir l'asymétrie relationnelle instituée au cœur de l'asile, malgré la mise en évidence de l'humanité de la clinique d'Esquirol dans ses écrits.

Cette question du lien soignant-soigné peut aussi être éclairée par les éléments d'histoire relatant la vie quotidienne au sein de l'asile, et en particulier la posture des intervenants du quotidien. Les aliénistes utilisent une terminologie variable pour les nommer principalement soit « gardiens », soit « infirmiers ». Servants et surveillants interviennent également, mais leurs fonctions restent floues. Déjà souhaitées par Esquirol, la formation et la profession d'infirmier ne seront instituées qu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Il est nécessaire ici de contextualiser à nouveau, en nous appuyant sur les travaux de Marcel Jaeger (2017). Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les intervenants travaillaient sous le « principe de l'intériorisation », dans une grande dépendance à l'institution. Nécessairement célibataires, ils vivaient au sein de l'asile, jusqu'à dormir dans les dortoirs au milieu des patients afin d'exercer une surveillance constante. Leur temps de travail n'était pas réglementé. Ils portaient l'uniforme – un vêtement de travail – et n'étaient pas assimilés au personnel médical. Bien que les aliénistes évoquassent la nécessité de leurs qualités humanistes et de leur sollicitude, leurs interventions consistaient surtout à maîtriser physiquement l'agitation du sujet troublé et de maintenir l'ordre au sein du collectif. Marcel Jaeger utilise la formule « violence et contre-violence » pour décrire l'univers quotidien des gardiens. Alors, dans une telle confusion des places soignant-soigné et dans ce type d'univers quasi-traumatique, comment envisager un lien intersubjectif qui puisse être étayant pour le sujet vulnérable ? Et finalement, chez qui observer la vulnérabilité ?

Nous sommes encore loin d'aborder la relation à la lumière de la théorie du transfert et du contre-transfert. L'expérience d'Esquirol se situe bien avant la naissance de Sigmund Freud et les concepts liés au lien ou à la libido objectale ne seront développés que des décennies plus tard. Les mécanismes de l'hospitalisme n'ont pas été théorisés ni même découverts, ceux de l'institutionnalisation non plus. De notre point de vue et en nous appuyant sur notre clinique contemporaine, malgré le contexte, il nous semble pourtant qu'apparaissent des mouvements intersubjectifs d'investissement dans les brèves descriptions d'Esquirol du lien du patient au soignant. L'aliéniste n'aura pu prendre en compte cette clinique qui était encore loin d'être élaborée, notamment lorsque l'on considère la confusion engendrée par ce contexte panoptique.

## RELÉGATION DE L'IDIOTIE

Esquirol restera dans l'optique de la primauté des lésions organiques sur le processus de subjectivation du patient, en opposition à l'aliénation mentale dont la décompensation relèverait davantage d'un trouble des passions ou d'un terrain social fragilisant. Jacques Hochmann (2009) le situe en tant que principal responsable du destin de relégation des sujets dont on ne soulignera plus qu'un état déficitaire massif :

De l'idiotisme de Pinel à l'idiotie d'Esquirol, une évolution s'est accomplie, qui tranche la question et proclame l'organicité indiscutable et l'incurabilité des idiots, en leur interdisant les bénéfices du traitement moral. Pour longtemps, les aliénistes, dans leur très grande majorité, vont opposer le fou, malade, justiciable de soins et, parfois, curable, à l'idiot, infirme, enfermé dès la naissance dans un destin immobile. (p. 63-64)

Après la mise en place de la loi de 1838 sous l'influence d'Esquirol, l'organisation des asiles construits en France durant la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle se structurera en quartiers respectant une classification hiérarchisée des maladies et des troubles. Traditionnellement, hommes et femmes seront séparés, tout comme les indigents et les pensionnaires, mais on répartira aussi les curables, les incurables et les idiots dans des pavillons distincts. Pour ces derniers, la relégation reste à l'œuvre. Les moyens des asiles sont minimes et ceux-ci sont davantage alloués au traitement moral des patients reconnus curables. Toutefois, le principe idéalisé de curabilité s'est rapidement trouvé ébranlé par une réalité accablante. Les asiles s'édifient et se remplissent, mais ils deviennent davantage des agents de chronicisation plutôt que de guérison.

En 1853, Maximien Parchappe publie ses propositions concernant la construction des asiles d'aliénés. S'il envisage idéalement une différenciation des établissements de traitement et de refuge, il définit toutefois qu'une population d'aliénés comprendra « les fous, les idiots et les imbéciles » (p. 6) et il préconise la large ouverture des asiles à cette population mixte. C'est davantage la question de séparation au sein des pavillons des patients curables et incurables qu'il pose longuement :

On s'est demandé s'il n'y aurait pas avantage, au point de vue médical et au point de vue économique, à concentrer les ressources financières, dont on pouvait disposer, pour créer, à l'usage du plus petit nombre, c'est-à-dire des malades curables, des maisons de traitement dans toutes les conditions de perfection que les progrès de la science comportent, et à se

contenter, pour le plus grand nombre, pour les incurables, de l'appropriation des anciens établissements, ou de la création, aussi peu coûteuse que possible, de simples maisons de refuge. (p. 7)

À la même époque, en s'inquiétant de la suroccupation des asiles et en pleine élaboration de sa théorie de la dégénérescence, Bénédicte Augustin Morel (1857) posera la question de la présence des idiots dans les asiles de la même façon, sur le fond, que nos instances gestionnaires tendent à la poser encore aujourd'hui :

Si les imbéciles, les idiots, les paralysés, déments et autres ne doivent pas être considérés comme des aliénés, nous demandons à quel titre ils sont isolés dans nos asiles ? Ces êtres dégradés sont devenus aujourd'hui, j'en conviens, une charge énorme pour la société, et les administrations s'ingénient à ne pas leur appliquer le bénéfice de la loi de 1838 à propos des aliénés. On ne les admet à ce bénéfice que lorsqu'ils sont devenus un danger public par la nature de leurs tendances et par celle de leurs actes délirants. (p. 351)

Parchappe n'y aura pas vraiment répondu. Il préconise plutôt d'organiser les établissements en fonction de la « tranquillité » ou de l'agitation des patients, les incurables étant présentés comme des sujets « disciplinables », dont la rencontre faciliterait l'apaisement, et même la guérison des patients curables. Ici, la notion d'incurabilité paraît surtout concerner la chronicisation des troubles psychiques, Esquirol ayant soutenu qu'une guérison ne survenant pas au-delà d'un traitement de deux ans place le patient en état d'incurabilité. Les idiots, ainsi que les épileptiques, semblent être considérés différemment et davantage sujets à l'exclusion dans certains départements privilégiant l'accueil aux sujets considérés dangereux. Toutefois, Parchappe insiste pour que les idiots et les épileptiques, aussi inoffensifs soient-ils, bénéficient des mêmes droits que les aliénés :

Dans la réalité, les idiots et imbéciles offrent entre eux des différences analogues à celles qui séparent les autres aliénés au point de vue du degré de l'altération subie par leur intelligence ; ils sont parfaitement assimilables aux autres aliénés pour les divers états dans lesquels les place un trouble morbide des facultés intellectuelles et morales, qui ne diffère guère de l'idiotie à la démence, qu'en ce qu'il est originel dans la première et consécutif dans la seconde. Et il n'y a aucun motif sérieux pour les séparer des autres aliénés dans le classement catégorique, également applicable aux uns et aux autres. (p. 88)



Parchappe semble donc s'opposer aux usages de l'époque et notamment d'Esquirol, qui consistent à réserver un pavillon spécial aux idiots. Il préconise plutôt l'organisation des quartiers par classes d'âge (les enfants, les adultes et les vieillards) et selon les manifestations comportementales des patients (les « agités », les « malpropres », les « tranquilles et convalescents », ceux aux « penchants dangereux » ...).

Ces discussions ont évidemment impacté nos politiques sociales. Les secteurs du soin, de l'assistance et de la détention se sont organisés à partir de la Révolution française et l'institution asilaire s'est construite sous l'autorité des aliénistes, dont Robert Castel (1976) décrit la prise de pouvoir concomitante à l'expansion du libéralisme. Pour lui, le choix de mêler « curables » et « incurables » est avant tout un habile moyen d'étendre l'implication sociale et politique des médecins aliénistes devenus administrateurs institutionnels :

Dans la lutte ouverte à travers l'histoire de la médecine mentale entre un technicisme médical sélectif et donc rejectif, qui veut choisir ses malades pour les traiter intensément, et une tendance globalisante, qui distingue mal la thérapeutique de l'assistance, les « aigus » des « chroniques », et refuse la notion d'incurabilité par humanisme sans doute, mais aussi parce qu'elle marque le point d'arrêt de son pouvoir, les aliénistes ont pesé de tout leur poids pour imposer cette seconde attitude. (...) L'acte fondateur de la première médecine mentale a été de faire émerger de la masse polymorphe des anciens reclus une catégorie unique (l'aliénation mentale est un singulier, même si elle comporte des espèces ; c'est plus tard qu'il y aura *des* maladies mentales) inscrite dans un cadre institutionnel unique (même s'il est essentiel d'y classer spatialement les différentes populations de malades), sous une direction médicale unique. (p. 166-167)

C'est une problématique qui n'a cessé d'être posée par les administrateurs de l'asile, puis des établissements psychiatriques jusqu'à nos jours et nous verrons qu'elle a également impacté la politique de sécurité sociale d'après-guerre. Dans un mouvement inverse de celui que nous connaissons aujourd'hui, l'orientation originelle des idiots vers l'asile – pour ne pas dire leur absorption par l'asile – s'est trouvée inscrite dans le principe d'augmenter les rangs des patients sous la responsabilité de l'institution asilaire, en pleine conquête d'un pouvoir administratif et politique. Pourtant, les aliénistes – Esquirol en particulier – n'ont pas hésité à finalement mettre en avant l'origine organique et congénitale de la déficience. Ainsi, tout en conservant leur engagement administratif

d'accueil et d'assistance, les aliénistes ont pu se dégager d'un impératif de soin auprès d'une population évaluée incurable et ne relevant donc pas du traitement moral.

L'influence d'Esquirol a profondément marqué nos pratiques et se situe au fondement de la spécificité française de la prise en charge des personnes aux pathologies de type archaïque. Si Esquirol a montré une certaine sollicitude à l'égard des « malheureux idiots », sa vision organiciste de la déficience intellectuelle profonde a eu tendance à figer les conceptions du handicap dans une perspective déterministe. Nos représentations contemporaines portent la marque du cheminement de cette distinction entre la maladie mentale et l'arriération mentale qui s'est poursuivie au fil de l'histoire.

Nous retrouvons dans ses travaux les racines de nos pratiques éducatives et thérapeutiques. Les questions des besoins primaires, de l'autonomie et de la performance sont déjà soulignées, mais nous reconnaissons aussi quelques audaces chez Esquirol, qui seront développées plus tard et seront alors des pratiques innovantes. L'état originaire de la relation soignant-soigné a attiré notre attention et nous verrons la qualité de celle-ci se transformer en étant mise au travail, notamment à la lumière des mécanismes théorisés de la relation transféro-contre-transférentielle.

Qu'il s'agisse de la folie ou du handicap, les représentations collectives de l'anormalité sont négatives depuis l'Antiquité. Esquirol n'a pas réhabilité l'image de l'idiot puisqu'il véhicule des fantasmes de bestialité, d'animalité et de monstruosité à son sujet. Quelques années plus tard, Bénédicte Augustin Morel va déployer sa théorie de la dégénérescence qui maintient l'idiot dans ce statut liminaire. Nous allons maintenant observer comment les aliénistes se sont intéressés aux classes populaires pour asseoir l'étendue de leur discipline au sein de la cité en développant ainsi sa fonction sociale.

### I.1.2. LA THÉORIE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

Lors de la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, si la théorie de la dégénérescence de Bénédict Augustin Morel (1857) a pu permettre d'envisager les prémices d'une psychiatrie sociale et préventive, elle a aussi posé la dégénérescence en tant que mécanisme essentiel des troubles mentaux et des déviations.

Morel s'appuie sur une épistémologie spécifique rassemblant diverses disciplines des sciences humaines : la médecine, la philosophie, les statistiques, l'histoire, la psychopathologie comparée et l'anthropologie. Il étudie la population de plusieurs asiles européens pour dresser le constat d'un état de dégénérescence chez la majorité des aliénés internés. Il observe la ressemblance des pathologies d'un lieu à un autre, mais aussi l'accroissement du nombre de sujets internés et l'aggravation de leurs troubles. Sa théorie de la dégénérescence propose alors une réponse qui apparaît salutaire face à cette problématique :

Que sont en effet les asiles d'aliénés, sinon la concentration des principales dégénérescences de l'espèce humaine ? De ce qu'un malade est placé dans ce milieu avec le certificat de maniaque ou de lypémaniaque, d'épileptique dangereux, de dément paralysé, d'idiot ou d'imbécile, il n'en est pas moins, dans la plupart des cas, sinon dans tous, le produit d'une des causes de dégénérescence qui nous occupent. (p. 77)

Ainsi met-il l'accent sur les difficultés majeures rencontrées par l'institution asilaire, à savoir sa suroccupation, mais aussi l'échec des aliénistes à isoler la valeur causale des lésions organiques supposées des pathologies mentales. En n'interrogeant pas les conditions de vie asilaires et la probable sédimentation des malades, il articule alors la notion d'incurabilité à une mise en évidence des prédispositions héréditaires de l'individu à souffrir d'affections morbides :

Loin de nous la pensée de jeter le moindre découragement dans l'esprit de ceux qu'anime le désir de secourir et de guérir leurs semblables; mais nous croyons utile de les prémunir contre des espérances trop cruellement déçues, quand on n'a pas assez présent à l'esprit que l'hérédité n'est pas un fait isolé, et que l'incurabilité, contre laquelle viennent souvent se briser nos efforts les mieux combinés, n'est parfois que la terminaison fatale d'une série d'existences antérieures qui se résument par leur côté maladif dans une existence

individuelle. (...) Il existe des individus qui résument dans leur personne les dispositions organiques vicieuses de plusieurs générations antérieures. (*ibid.*, p. 61-62)

Les enjeux de l'hérédité sont récurrents dans son propos. Nous pourrions y percevoir une ébauche de théorisation des mécanismes de répétition transgénérationnelle, mais elle ne peut s'élaborer dans le champ d'une clinique qui, à cette époque, reste dépendante d'une pensée scientifique se croisant aux préoccupations sociales et politiques d'une classe dominante.

## DU SCIENTISME AU MORALISME

Pour Jean-Christophe Coffin (2007), la théorie de la dégénérescence rassemble des schémas interprétatifs, des présupposés qui ont servi Morel dans son dessein de trouver enfin la solution pour résoudre l'énigme de l'incurabilité de la folie. Jacques Hochmann (2018) écrit, dans le même sens, que les propositions de Morel ont représenté « le moment romantique de la psychiatrie française » (p. 95). Jean-Christophe Coffin (2007) soutient que les travaux de Morel ont constitué un tournant historique pour la discipline de la psychiatrie. En effet, proposer d'orienter la recherche de la causalité des maladies mentales vers les conditions de vie des malades, mais aussi vers leurs origines sociales, c'était alors offrir l'opportunité aux aliénistes de sortir de l'enlisement d'une recherche de scientificité qui ne leur apportait pas la légitimité tant convoitée pour la place politique qu'ils souhaitaient occuper :

Morel a mis en avant les difficultés du métier de psychiatre et la « vanité » du système asilaire. Sa théorie de la dégénérescence mentale aboutit en quelque sorte à une théorie des incapacités de la psychiatrie telle qu'elle se pratiquait alors, et mit un terme à l'optimisme thérapeutique et historique qui régnait en psychiatrie. (p. 176)

Mais au-delà de la fin de « l'optimisme thérapeutique » de la psychiatrie asilaire, c'est aussi sa diversité qui nous semble pointée par Morel. Le mécanisme de dégénérescence est multiple sous bien des aspects. Il permet à nouveau de rassembler la majorité des pathologies rencontrées à l'asile au XIX<sup>ème</sup> siècle. Alors que nombre d'aliénistes s'interrogeaient sur la singularité de certaines pathologies et qu'ils commençaient à différencier folie et déficience, Morel semble faire le choix d'une simplification clinique en isolant le principe d'un mécanisme dégénératif qui engloberait souffrance psychique,

dégradation somatique, handicap et misère sociale. Ce lien restera indéfectible pendant des décennies, puisqu'il apparaît encore très opérant dans nos représentations collectives d'aujourd'hui. Il faudra tout un cheminement politique pour que la psychiatrie puisse se préoccuper des conditions de vie des patients, et des effets délétères de la précarité, sans pour autant stigmatiser la pauvreté. En ce sens, il nous semble que les constatations de Morel et des hygiénistes ont permis à cette discipline de développer une fonction sociale qui a longtemps été une assise de sa spécificité en France.

Parti du constat de l'hétérogénéité des troubles contenus à l'asile, Morel a donc proposé une classification des causes de dégénérescence. En privilégiant ainsi la causalité, il réussit à rassembler la majorité des troubles, qu'ils soient somatiques, cognitifs, psychopathologiques ou même sociaux. Leurs mécanismes seraient régis par différentes étapes venant moduler les circonstances de leur émergence. Si celles-ci sont multiples, elles ont, selon lui, la caractéristique particulière de s'accumuler au sein des classes populaires et laborieuses : l'exposition aux toxiques environnementaux du fait de l'habitat insalubre ou de professions précaires et à risques, la malnutrition ou la consommation de céréales altérées, l'alcoolisme, « l'immoralité sous toutes ses formes », les tempéraments maladifs ou scrofuleux, les influences héréditaires seraient surtout l'apanage d'une classe sociale.

Il est triste de dire, pour l'honneur de l'espèce humaine, que les causes dégénératrices agissent avec une intensité d'autant plus grande dans les classes démoralisées par la misère, que le manque complet d'éducation morale et religieuse de leur entourage, que le mépris de ces conventions sociales, souvent fictives, il est vrai, mais salutaires encore dans certaines circonstances, n'établissent chez elles aucun contre-poids au débordement des plus mauvaises passions. Il est facile de concevoir maintenant que les enfants élevés au milieu de ces conditions déplorables sont exposés à un double danger. Non-seulement la prédisposition héréditaire est activée chez eux par l'incitation que produit l'exemple des parents, mais la puissance intellectuelle ne peut être fécondée en l'absence de tout enseignement et de toute moralité. (Morel, *op. cit.*, p. 353-354)

La prédisposition héréditaire vient compromettre toute chance de guérison, notamment au moyen du traitement moral tel qu'il était alors préconisé. La rencontre clinique avec le sujet ne suffit plus. Bien qu'il se montre déterministe en évoquant les sujets issus de

« souches dégénérées », il défend l'idée du possible d'une intervention pour rompre l'enchaînement propagateur. Patrice Pinell (2016) soutient que le succès de la théorie de la dégénérescence s'est appuyé sur les solutions conceptuelles proposées par Morel et parce qu'elle a fait état de la crise que la psychiatrie asilaire traversait alors.

En réussissant à combiner moralité et conception organiciste de la folie, Morel a permis à la médecine, en tant que discipline en plein essor de classe, de légitimer son rôle essentiel pour la survie du genre humain :

Tout nous convie donc à sortir de la fausse position qui nous est faite, et à ne pas rester les contemplateurs inactifs de tant de causes destructrices de l'espèce humaine. Nous devons prouver, quelle que soit la difficulté de la situation, que la médecine, bien loin d'être frappée d'impuissance comme le prétendent quelques-uns de ses détracteurs, peut encore, malgré la prédominance des cas incurables, devenir pour la société un précieux moyen de salut. (*ibid.*, p. 78)

Le médecin aurait donc une place à prendre au cœur de l'action de l'État, au croisement de la politique et de l'autorité de l'Église. Le discours de Morel dénonce la dépravation des mœurs de la population et insiste sur la primauté de la moralité. Son discours développe l'influence de la médecine jusqu'au champ social en apportant les arguments de l'environnement pathogène :

L'élimination des branches desséchées d'un arbre ne suffit pas pour le régénérer, lorsque ses racines puisent incessamment dans un sol de mauvaise formation un suc impropre à entretenir la vie dans les extrémités. Ceci est d'une telle évidence qu'il n'y a que la paresse, l'égoïsme ou l'indifférence qui puissent faire admettre que l'activité d'une cause dégénératrice doive être combattue autrement que par l'activité des forces individuelles et des forces collectives. (*ibid.*, p. 359)

Nous reconnaissons aussi dans le discours de Morel les principes fondamentaux de l'hygiénisme qui se développe à la même époque. Les médecins continuent à s'approprier une pensée religieuse, mais en la teintant d'un certain progressisme qui s'appuierait davantage sur la notion de Rédemption que sur celle d'une faute universelle et fatale (Hochmann, 2018). L'hygiénisme se veut combattre trois fléaux principaux : l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose. Hygiénisme, moralisation et philanthropie

apparaissent intimement liés au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle. Ces trois notions s'articulent en tant que fondements de la démarche d'assistance, à l'origine de nos politiques sociales d'aujourd'hui. Morel y contribuera largement.

La thématique spécifique de l'alcoolisme revient fréquemment dans le texte de Morel, désigné comme l'un des fléaux majeurs de son époque. Il décrit la consommation d'alcool comme une calamité sociale et donne l'alerte quant aux dangers qu'elle représente pour l'humanité. Nous notons ici que dans les quelques situations cliniques que Morel rapporte, l'alcoolisme semble pourtant toucher plusieurs classes sociales. L'alcoolisme serait héréditaire et menacerait de décimer des familles entières. En s'appuyant sur une clinique avant tout factuelle, il tente de montrer de quelle façon le fléau traverserait les générations et signerait le processus dégénératif :

À la 1ère génération : immoralité, dépravation, excès alcooliques, abrutissement moral ;

À la 2ème génération : ivrognerie héréditaire, accès maniaques, paralysie générale ;

À la 3ème génération : sobriété, tendances hypocondriaques, lypémanie, idées systématiques de persécution, tendances homicides ;

À la 4ème génération : intelligence peu développée, premier accès de manie à 16 ans, stupidité, transition à l'idiotisme, et en définitive extinction probable de la race. (*ibid.*, p. 125)

Si l'alcoolisme est systématiquement désigné comme un porteur de dégénérescence congénitale, pour Morel, l'idiotie lui apparaît intimement liée. Médecin directeur de l'asile d'aliénés de Maréville et spécialiste reconnu du crétinisme et de l'endémie goitreuse touchant gravement sa région, Morel évoque l'idiotie en tant que phénomène démographique évolutif, mais surtout en tant que phase ultime de la dégénérescence d'une population :

Enfin, l'imbécillité congénitale ou acquise, l'idiotie, et d'autres arrêts de développement plus ou moins complets du corps et des facultés intellectuelles, inaugurent, dans des progressions effroyables, l'existence d'individus qui puisent, jusque dans les conditions de la vie foétale, le principe de leur dégénérescence. (*ibid.*, Préface, p. VIII)

L'idiotie apparaît donc en tant que dernier degré d'une déchéance proche de l'abjection. Il affirme que les lésions organiques observées chez les idiots à l'autopsie ne sont pas les causes exclusives de l'anormalité du sujet et qu'elles peuvent même s'avérer inexistantes.

La dégénérescence serait le résultat d'un « ordre de faits » survenu chez ses ascendants. L'idiot serait donc l'héritier des « mauvaises passions » de ses ancêtres.

Dans la mesure où il ne s'avère ni curable, ni éduicable, Morel interroge sa présence au sein de l'asile. Le principe de relégation est ici encore largement convoqué, puisque Morel ne fera que des propositions pour contrer la dégradation de l'espèce. L'idiot étant condamné à dépérir tel qu'il est, sa place à l'asile en tant que lieu de soin ne serait pas légitime. En opposition, il énonce que le patient issu d'une famille « saine » se montre tout à fait curable puisqu'il ne serait pas prédisposé à la dégénérescence. Il serait uniquement sujet à une vulnérabilité que le traitement moral pourrait endiguer. Mais il démontre en fin d'ouvrage que sans assises morales, tout sujet peut basculer vers ce qu'il nomme « perversité » et ainsi devenir l'ancêtre d'une lignée d'êtres dégénérés.

Des milliers de faits nous prouvent que des individus nés dans des circonstances parfaites, et en dehors d'influences héréditaires mauvaises, peuvent trouver en eux-mêmes les éléments de leur propre perversité, et devenir ainsi pour leurs descendants le point de départ de tendances dégénératives ultérieures, soit physiques, soit morales, soit des unes et des autres réunies. (*ibid.*, p. 491)

L'évolution naturelle de la forme primitive de l'homme serait enrayée par les affres de la dégénérescence et pourrait courir à sa dégradation irrémédiable.

Les modifications de la société, en particulier l'avènement de l'industrialisation, auraient impacté « l'homme primitif » jusqu'à le faire « dévier », dans la mesure où la dégénérescence consisterait en une « déviation malade d'un type primitif » (*ibid.*, p. 5).

Le XIX<sup>ème</sup> siècle est une période troublée dans son contexte sociopolitique et donc sur le plan des idées. L'instabilité postrévolutionnaire impacte celle de l'Église qui cherche à retrouver sa puissance perdue, ou au moins la préserver. La pensée de Rousseau a précédé celle de Morel. Pourtant, la thèse de l'homme naturel n'y est pas évoquée, les idées des Lumières ayant été vivement combattues par les catholiques durant la Restauration. Jacques Hochmann (2018) résume ici les influences religieuses, mais aussi politiques, qui se sont confrontées à celle de Rousseau :



Prenant le contre-pied de Rousseau et de sa valorisation de l'état naturel originel corrompu par la société, mais aussi, en partie, celui de Joseph de Maistre d'un état primitif parfaitement socialisé dont nous aurions dégénéré, Louis de Bonald distingue un état natif brut (celui du sauvage inéduqué, celui de l'enfant) d'un état naturel perfectionné, voulu par Dieu et que l'éducation et la transmission des valeurs d'une société dirigée par l'Eglise ont pour fonction de réaliser. (p. 46)

Chez Morel, nous retrouvons forcément l'impact du christianisme du fait de ses liens à l'Église. Il évoque donc l'homme primitif issu de la création divine et perverti par son évolution sociale. Mais bien que son catholicisme soit social, il apporte toutefois une coloration moralisatrice et piaculaire à sa théorie scientifique. Pour Jacques Hochmann, le péché originel est à la fois laïcisé et médicalisé ; une hérédité morbide s'abattra sur l'humanité, telle une épreuve divine qui condamne la souillure originelle et la corruption des corps. Le péché originel serait d'ailleurs une trame historique prenant de multiples aspects au fil de l'évolution sociétale.

La maladie ou l'anormalité serait donc le dommage d'un héritage transgénérationnel, et spécialement la turpitude d'une classe sociale. Influencé par la pensée dogmatique d'une époque, Morel s'appuie aussi sur les théories naturalistes de Buffon, jusqu'à avancer que l'être dégénéré ne peut contribuer à l'évolution de l'espèce et concourt à son extinction, puisqu'il sera finalement frappé de stérilité, se trouvant dans « l'impossibilité de propager dans des conditions normales la grande et unique famille du genre humain » (Morel, *op. cit.*, p. 72).

La théorie de la dégénérescence aura tenté d'imposer la mutation de la psychiatrie aliéniste, d'une clinique du sujet vers un traitement social et collectif. Tant au niveau de sa forme que de son idéologie, le discours de Morel se veut saillant : des « malheureux idiots » d'Esquirol, nous découvrons des monstres dégénérés à isoler, dont la société doit se protéger si elle ne veut pas mourir. La clinique de Morel nous apparaît déshumanisée, en rupture d'avec celle de ses contemporains aliénistes. Les quelques cas cliniques exposés ne nous amènent pas vers une compréhension empathique du sujet mais nous proposent plutôt d'envisager le dommage provoqué par la faute, l'abus, la décadence et nous effraient quant à ses répercussions pour la collectivité. Dans sa démarche, Morel ne semble pas s'interroger quant aux conséquences de son postulat auprès des sujets et de

leurs familles. Une phrase nous laisse penser que sa position n'était pas sans effet dans les foyers :

Les préjugés qui poursuivent ceux qui ont perdu la raison se reflètent d'une manière intime, on peut le dire, jusque dans le sentiment de tendresse des parents. Ils reculent presque tous devant l'examen d'un fait qui serait de nature à relier la maladie d'un des leurs à des prédispositions héréditaires ; et c'est malheureusement ce qui arrive dans la majorité des cas. (*ibid.*, p. 343)

Mêler alcoolisme, pauvreté, perversité mais aussi criminalité et ce jusqu'à l'idiotie, s'avère être aujourd'hui un parti pris hasardeux, vecteur de honte. L'influence de cette pensée laissera une empreinte forte, tant dans l'intimité des familles qu'au sein des institutions et des politiques sociales. La théorie de la dégénérescence nous apparaît comme un organisateur majeur du traitement actuel du sujet déficitaire, tant au sein de sa famille que dans nos institutions.

#### STIGMATE ET EUGÉNISME

Le propos de Morel est alarmiste, voire apocalyptique. Lorsqu'il développe sa pensée, il en vient à envisager que la population entière puisse être soumise à la dégénérescence sans une intervention massive de l'autorité en place :

La loi de succession des faits pathologiques qui se commandent et s'enchaînent réciproquement, se retrouve avec toutes ses conséquences fatales dans l'ordre moral, aussi bien que dans l'ordre physique. Les mauvaises tendances et les instincts pervertis, les erreurs et les préjugés sont également transmissibles par l'hérédité, et constituent ces phénomènes maladifs d'un ordre supérieur qui sont les signes précurseurs de la décadence des peuples, lorsque le mal tend à se généraliser. (*ibid.*, p. 490)

Sa proposition prophylactique consiste donc en une intervention de fond, en vue d'éradiquer les carences du nouveau monde libéral, sans pour autant condamner celui-ci. Il en appelle au gouvernement pour que les conditions de vie des « ouvriers et nécessiteux » soient améliorées (alimentation diversifiée, amélioration des logements, lutte contre les épidémies et endémies...). Mais au-delà d'une hygiène de vie se limitant à la physiologie, le propos de Morel prône une intervention plus intime dans les foyers.

Il n'envisage pas d'intervenir en empathie, ou même seulement en se positionnant comme un tiers. L'idée principale est d'étendre l'influence de « la science » au cœur de la population :

Il ne suffit pas, nous l'avons prouvé, d'introduire des éléments régénérateurs au moyen du croisement des espèces et des races douées de toutes les qualités de la nature sauvage, il faut encore par des soins extrêmes de culture, d'aménagement et d'éducation, amener dans les variétés régénérées des améliorations progressives qui, se propageant par l'hérédité, finissent par constituer un type parfait dans la série des êtres créés. (*ibid.*, p. 518)

Son objectif est de modifier profondément le sujet en agissant sur sa moralité. Persuadé du lien entre l'insalubrité physique et la déviance des mœurs, il défend la « moralisation des masses », que Robert Castel (1976) dénoncera comme une politique d'assujettissement des classes populaires. (p. 69)

Ainsi, Robert Castel désigne la philanthropie en tant que processus d'oppression :

Pour la rappeler en deux phrases : au minimum maintenir hors de l'eau la tête des « blessés de la civilisation » pour qu'ils ne recourent pas à des solutions extrêmes ; au mieux, tisser autour d'eux un réseau serré de surveillance pour les inciter énergiquement à lutter contre le malheur par un surcroît de morale et de discipline. Étouffer donc, sans recourir à la violence ouverte, les foyers possibles de révolte et même, si possible, les tarir à la source en intervenant préventivement par l'apprentissage des disciplines.

Si la philanthropie est une politique, il ne faut pas s'étonner que des politiques aient tenté d'en réaliser le programme. (p. 212)

Roland Gori (2013) prolonge cette idée en rappelant que l'organisation de la société du XVIII<sup>ème</sup> siècle s'articulait autour de la notion de sujet de droit et qu'elle libérait le citoyen de l'emprise d'un pouvoir souverain et religieux. Il observe que peu à peu, notre société en est venue à se réguler en s'appuyant sur l'édiction de normes, processus pour lequel les scientifiques, dont les médecins, auraient largement œuvré. Rappelons aussi que la période où Morel écrit est extrêmement tendue socialement, le climat insurrectionnel ne cessant de croître jusqu'à ce qu'éclate la Commune de Paris, au printemps 1871. Les classes dominantes tentent de circonscrire l'agitation populaire et l'association entre pathologie et misère proposée par Morel est en adéquation avec cette tendance politique.

Le lien se fait encore davantage lorsque l'on souligne les propositions de Morel pour que la législation puisse, à l'avenir, soumettre le mode de vie des sujets potentiellement dégénérateurs :

Nous faisons une différence entre les conditions telluriques, climatériques ou autres, qui constituent des races à types distincts, et les conditions de même nature qui produisent des dégénérescences malades à types pareillement distincts.

Dans le premier cas, les conditions qui constituent le type d'une race, n'empêchent pas le développement de cette race, ni son but fonctionnel par la voie de la propagation et de la continuité. Dans le second cas, au contraire, la dégénérescence typique malade ne constitue pas une race, mais une monstruosité qui ne peut se transmettre indéfiniment entre monstres de même nature; qui disparaîtrait même au bout de quelques temps, si des dispositions législatives et policières vigoureuses empêchaient le mariage entre ces êtres arrivés à un point quelconque de leur état de dégénérescence et les individus sains de corps et d'esprit, ou si l'on pouvait transporter ces familles dans des milieux plus favorables. (Morel, *op. cit.*, p. 669)

En admettant que la législation, d'accord un jour avec la science, parvienne à formuler nettement les cas d'interdiction de mariage, je dis que la mesure serait incomplète tant que les individus capables de transmettre le principe de la dégénérescence dont ils sont atteints, seraient libres de vivre dans la société, et ne pourraient être isolés dans un milieu préservateur, ainsi que serait un hospice destiné à recueillir ces malheureux. (*ibid.*, p. 596)

L'interdiction du mariage était l'une des mesures principales de l'eugénisme du XIX<sup>ème</sup> siècle en Europe. Elle nous semble intimement liée à la question de la stérilisation. S'il en appelle aux législateurs, Morel tient également un discours visant à rassembler et à responsabiliser d'autres acteurs de l'équilibre social. Il propose donc un mécanisme d'emprise totalitaire :

La fonction que chaque individu est tenu de remplir dans l'humanité n'est vraiment utile qu'autant qu'il pratique la loi morale, et les propagateurs de cette loi, ceux qui sont chargés de l'appliquer, sont non-seulement les moralistes, les prêtres, les magistrats, les instituteurs de la jeunesse, les médecins, mais le père de famille et les membres qui composent la famille. (*ibid.*, p. 686)

Fidèle à son époque, pour définir l'aspect pathologique de la dégénérescence de l'être humain dit « civilisé », il s'appuie sur la comparaison des peuples, en faisant état de

l'infériorité dite naturelle de plusieurs « races ». À l'heure où les colonisations sont en plein développement, Morel interroge l'acclimatation des colons et des esclaves. Ainsi avance-t-il que des peuples se trouveraient naturellement mal dotés, notamment sur le plan de l'intelligence, alors que d'autres ne le seraient que de façon maladroite. Il évoque des « êtres maladivement transformés » (p. 74) pour traduire la dégénérescence des Européens :

*Le principe que les êtres dégénérés forment des groupes ou des familles qui puisent leurs éléments distinctifs dans la nature de la cause qui les a faits invariablement ce qu'ils sont en réalité : une déviation maladroite du type normal de l'humanité, ce principe, dis-je, recevra une confirmation progressive, et les caractères qui distinguent une variété dégénérée, d'une autre variété, ressortiront avec la même certitude et la même évidence que les caractères qui forment la base distinctive des diverses races humaines. (ibid., p. 74)*

Même s'il soutient le métissage en tant que « mécanisme d'amélioration des races », la théorie de Morel propose un fondement aux thèses racistes et suprémacistes. Son constat des inégalités chez les êtres humains – qu'il s'agisse de leurs lignées, de leurs classes ou de leurs races – nous renvoie forcément à l'idée de la sélection naturelle promue par Galton, désigné comme le fondateur de l'eugénisme. Jacques Hochmann (2018) montre ainsi les fondements et l'articulation de l'horreur :

*D'une théorie scientifique, il fait une idéologie. Elle n'a pas fini de s'étendre et de dépasser les buts de son fondateur. Galton se contentait de réclamer davantage d'études généalogiques, d'orienter les mariages après avoir repéré les bons sujets sur leurs antécédents familiaux et de suggérer aux tarés l'abstinence sexuelle. Il se préoccupait plus d'améliorer la race que d'éliminer ses rameaux inutiles ou nuisibles. Ses héritiers vont beaucoup plus loin. (p. 161)*

La pensée eugénique s'est théorisée à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle pour être d'abord développée aux États-Unis, puis au Danemark et en Suède dans les années 1930, sous la forme de législations prônant surtout la stérilisation des malades mentaux. Elle a ainsi donné une place centrale aux médecins, afin d'asseoir la scientificité de cette démarche politique.

Les travaux de Morel auront été d'une influence indéniable, même si celui-ci pourrait se défendre en soutenant surtout les principes philanthropiques qui ont généré l'idée d'une sélection parmi les sujets. Ces valeurs auraient préservé la France d'une radicalité dans

son rejet des « anormaux », qu'il s'agisse du sujet déficitaire, du « monstre moral » pour reprendre la formule de Foucault, ou du « tueur-né » d'après Lombroso (Mucchielli, 2000). Ainsi, Morel aurait davantage lancé les principes d'un eugénisme dit « positif » (Taguieff, 2007), puisqu'au-delà d'empêcher sa naissance, son idée première est d'améliorer le sujet lorsque celui-ci est venu au monde imparfait :

... quelle est l'influence du mélange des races sur l'amélioration de l'espèce, dans quelles circonstances les variétés déchues peuvent sortir de leur état d'infériorité et remonter l'échelle de progression qui les rapproche d'un type supérieur ? (Morel, *op. cit.*, p. 427)

La politique française semble s'être toujours défendue de légiférer des pratiques issues de la pensée eugéniste. Jacques Hochmann (2018) nous rappelle pourtant les thèses de Charles Richet et d'Alexis Carrel, tous deux médecins, qui pour l'un défendait l'élimination des enfants anormaux, qui pour l'autre n'hésitait pas à prôner l'euthanasie des adultes dégénérés et déviants (p. 168-170). Nous pouvons avancer que l'eugénisme a certainement laissé une empreinte culturelle et sociale en France. Pour illustration, citons les 40000 patients qui ont péri dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Isabelle Von Bueltzingsloewen (2005) a pu démontrer que si ce drame n'était pas issu d'un positionnement eugéniste actif de l'État, cet abandon était néanmoins empreint des préjugés d'inutilité sociale prêtés aux aliénés, aux incurables en particulier.

Citons aussi la stérilisation des personnes handicapées mentales, qui fut une pratique courante jusqu'à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle en France, sans y être clairement légiférée et dont Alain Giami et Henri Leridon (2000) désignent les idées eugénistes comme « l'un des fondements indirects de ces pratiques » (p. 284). En outre, lorsqu'ils étudient « les régimes d'exclusion des personnes handicapées », Jean-François Ravaut et Henri-Jacques Stiker (2000) définissent « le régime de l'élimination » (p. 3-5) en observant un continuum de pratiques visant à éradiquer le handicap dans les sociétés occidentales, de l'exposition des enfants anormaux dans l'Antiquité gréco-latine jusqu'aux pratiques contemporaines d'assistance au suicide en cas de handicap aggravé et de *screening* génétique avant la naissance, qui posent un questionnement éthique fondamental :

La lutte contre la souffrance et la maladie est un objectif qui n'est pas remis en cause. Ce qu'il faut remarquer, c'est que l'ambition d'un « homme parfait » apparaît aux yeux de

personnes handicapées comme un déni d'elles-mêmes, comme si les déficiences interdisaient l'accès à l'humanité, à la citoyenneté ou au bonheur. (p. 5)

Avec notre regard contemporain, nous savons que le propos de la théorie de la dégénérescence s'appuie sur des préjugés réfutables et largement contredits aujourd'hui. Pourtant, elle a condamné les sujets déficitaires avec sévérité non sans laisser des stigmates. Dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*, Michel Foucault (1972) relève son caractère inéluctable, balayant l'importance de l'histoire subjective et de son mouvement. « Elle [*la folie*] devient le stigmate d'une classe qui a abandonné les formes de l'éthique bourgeoise » (p. 399), une discrimination sans recours. Vue sous cet angle, la théorie de la dégénérescence devient un instrument disciplinaire, un agent d'épouvante. Michel Foucault a montré de quelle façon nos représentations collectives de la folie ont basculé au XIX<sup>ème</sup> siècle, avec la contribution de la théorie de Morel (p. 373-400). Si, jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle, la folie a pu être considérée dans le champ de l'archaïque, de l'animalité résidant en tout homme, elle devient peu à peu l'effet du milieu. « À mesure que le milieu constitué autour de l'homme et par l'homme devient plus épais et opaque, les risques de folie augmentent » (p. 394), remarque Foucault. Cette évolution nous amènera jusqu'à « une des grandes hantises du XIX<sup>ème</sup> siècle » (p. 395) que peut constituer le concept de dégénérescence. Et sa caractéristique sociale nous amènera à côtoyer l'anormalité. Ne pas se conformer aux règles de bonnes conduites édictées par le pouvoir entraînerait des conséquences funestes au sein des familles, jusqu'à la confrontation à la monstruosité.

Dans son *Histoire de l'autisme*, Jacques Hochmann (2009) relève cette influence qui a impacté nos représentations collectives et nos politiques de soins à l'égard des personnes lourdement handicapées :

En ce qui concerne plus précisément le sujet de cette étude, elles [*les conceptions de Morel*] laisseront derrière elles un résidu idéologique qui continue à faire peser sur les familles d'anormaux une lourde stigmatisation, en entretenant obscurément, dans l'inconscient collectif, le mythe des fautes ancestrales et des peines méritées. (p. 118)

Ce ne sera qu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale que les acteurs de la psychiatrie en France prendront conscience de l'effet stigmatisant des travaux de Morel sur les populations vulnérables, touchant en particulier les malades mentaux. Les apports de la psychanalyse les amèneront également à ne plus tant s'attacher à la recherche d'une

causalité organique et factuelle des troubles mentaux. La psychiatrie développera alors son action sociale, dans un registre d'assistance parfois paternaliste, mais avec le dessein d'améliorer les conditions de vie des patients pour contrer leurs effets anxiogènes propices à la décompensation d'un trouble nullement issu de leur milieu social.

En 1963, le sociologue américain Erving Goffman a théorisé le concept de stigmaté en travaillant sur les représentations sociales des personnes handicapées. Pour lui, le stigmaté d'un sujet influe directement sur ses rapports sociaux, puisque les « *normaux* » tendraient à penser « qu'une personne ayant un stigmaté n'est pas tout à fait humaine » (p. 15). Engagé dans un repli lié au sentiment de honte, le sujet stigmatisé oscillera alors entre des tentatives d'acceptation de son stigmaté ou des combats visant à réduire celui-ci pour tenter de rendre plus favorables les situations de mixité sociale auxquelles il sera confronté. Une identité sociale virtuelle lui est attribuée du fait de son stigmaté, jusqu'à décaler le sujet de son identité sociale réelle et ainsi le mener à un processus de désobjectivation.

En outre, Erving Goffman avance que « les processus stigmatiques paraissent exercer une fonction sociale générale » (*ibid.*, p. 161). Le stigmaté, et surtout les notions de différence et de norme ont été « collectivement conceptualisées » et exerceraient donc une fonction sociale. Avec sa théorie de la dégénérescence, Morel nous semble avoir contribué à établir les fondements des normes sociales de notre société contemporaine. La réflexion de Georges Canguilhem (1966) vient éclairer la nôtre. En différenciant « Norme et Normal », il montre aussi de quelle façon les deux concepts sont intimement liés. Le normal, en intégrant la norme, devient une valeur sociale et populaire. Il souligne que le XIX<sup>ème</sup> siècle aura été un siècle réformateur nous menant vers ce processus de normalisation :

Une norme, une règle, c'est ce qui sert à faire droit, à dresser, à redresser. Normer, normaliser, c'est imposer une exigence à une existence, à un donné, dont la variété, la disparate s'offrent, au regard de l'exigence, comme un indéterminé hostile encore plus qu'étranger. Concept polémique, en effet, que celui qui qualifie négativement le secteur du donné qui ne rentre pas dans son extension, alors qu'il relève de sa compréhension. Le concept de droit, selon qu'il s'agit de géométrie, de morale ou de technique, qualifie ce qui résiste à son application de tortu, de tortueux ou de gauche. » (p. 177)



Ainsi, avec cette coloration disciplinaire, nous percevons alors l'impact de la pensée de Morel et de son époque jusqu'à notre cadre sociétal d'aujourd'hui vis-à-vis de l'altérité, de l'étrangement différent et donc de l'*Unheimlich* (Freud, 1919). Produire une norme nous amène directement à la volonté de normaliser l'anormal précédant à la norme, qui en est sa « négation logique » (Canguilhem, *op. cit.*, p. 180). Instaurer la norme consiste donc à annuler le pathologique, à lui refuser toute possibilité d'existence et de reconnaissance de l'altérité. Mais aussi, avec Morel, la question de l'anormalité ne se situe plus seulement dans le champ de l'organique. Partant de l'institution sanitaire et de son observation des pathologies, Morel réussit à y associer l'institution pédagogique en injectant des valeurs morales à son étude, comme Georges Canguilhem en a fait état à propos du réformisme postrévolutionnaire.

Dans ce prolongement, Henri-Jacques Stiker (1982) interroge la place du sujet handicapé dans notre société contemporaine, de plus en plus normée par la valeur de la performance. Il se place dans cette ligne d'analyse lorsqu'il écrit : « Il s'agit de fondre l'anormalité dans la normalité *établie et reconnue* par le consensus social. » (p. 186). Défendre l'intégration et la réadaptation du sujet handicapé, légiférer pour qu'il ait un statut aurait contribué à le « normer » mais aussi, à installer de nouveaux critères normatifs autour de la question de l'adaptation, à savoir la capacité à répondre aux attentes sociales et de performance du XX<sup>ème</sup> siècle. Henri-Jacques Stiker évoque un « effacement », une réduction de l'altérité : effacer la différence, la « dissoudre dans un tout social » (*ibid.*, p. 177), soit en réadaptant pour réintégrer et ainsi remplacer le manque, soit en reléguant lorsque le sujet s'avère inadaptable. Il relève que Morel est parvenu très habilement à faire de la dégénérescence une « catégorie psychiatrique générique » et que son postulat n'aurait que peu été critiqué.

À la fin de son texte, Erving Goffman (1963) différencie les catégories déviantes, celles qui refusent « d'accepter la place qui leur est allouée » (p. 167-168), des catégories stigmatisées. Son étude s'intéresse principalement aux sujets porteurs de handicap et aux malades mentaux. Le stigmate est subi, il est « le jeu de la différence honteuse » (*ibid.*, p. 163) qui contraint le sujet à se trouver mis à l'écart d'une norme définie par la communauté dominante. Mais au final, il observe que de multiples catégories se trouvent en situation de désavantage social et font l'objet du rejet propre au processus stigmatique. Les travaux d'Erving Goffman portent sur la société américaine des années soixante. Encore aujourd'hui, ils sont incontournables pour penser nos pratiques en France,

notamment chez les travailleurs sociaux. Henri-Jacques Stiker (1982) présente l'œuvre de Goffman comme l'une des « grandes théories du handicap » (p. 257). Goffman ne cite pas Morel, peut-être même ne l'a-t-il jamais lu. Pourtant, si nous nous sommes tant appropriés ses travaux en France, n'est-ce pas aussi parce que cette théorie de la dégénérescence fut le support de l'institutionnalisation d'un processus stigmatique, phénomène qui traverse les frontières, les années, et les sociétés modernes, quelle que soit l'organisation politique en place ?

L'industrialisation des sociétés semble avoir imposé avec son développement une organisation normative et élitiste. Une société qui s'appuie sur la compétitivité et sur de nombreux dispositifs normatifs peut-elle être réellement inclusive envers ceux qui ne peuvent pas prétendre contribuer à son enrichissement ? La dégénérescence, sur fond d'une grande approximation, nous semble être devenue un argument latent, parmi d'autres, pour justifier l'exclusion par le stigmate qui s'avère être alors un facteur de disqualification. Pourtant, Michel Foucault (1974-1975) écrit que « la norme n'a pas pour fonction d'exclure, de rejeter » (p. 46). Comme lui, et aussi comme Georges Canguilhem, Henri-Jacques Stiker (1982, 2017) défend l'idée d'une société aux multiples normalités où chacun pourrait vivre son altérité sans la subir. Dans une critique des récentes classifications, il nous montre qu'aujourd'hui encore, le lien entre l'altérité et son déni, pour ne pas dire son rejet, reste actif :

Toute la différence entre l'acceptation de l'existence de normes et une ambition normalisatrice se trouve dans la stigmatisation ou la reconnaissance. Si la norme devient l'idéal dont il faut se rapprocher, elle tombe facilement dans la stigmatisation ou alors, plus subtilement dans nos sociétés policées, dans le déni. Si la norme devient le moyen de situer des particularités et des désavantages, et d'en considérer les causes, elle est facteur de reconnaissance et d'actions non discriminantes. (2017, p. 131)

À la maison d'accueil spécialisée, un sentiment de mésinscription est prégnant. Le fantasme d'être un lieu de relégation est récurrent : l'institution existerait pour cacher ces hommes et ces femmes du regard du monde, puisqu'ils s'écartent radicalement des normes d'une société idéale. Nous le soulignerons tout au long de notre thèse.

Encore récemment, lors d'une séance d'analyse des pratiques, les intervenants rapportaient le regard perçant et insistant d'un groupe d'enfants au cours d'une sortie au zoo. « On s'est demandé qui étaient les animaux ! » dira une intervenante. Elle rapporte

que l'enseignante qui accompagnait les enfants aurait dit à son groupe : « arrêtez ! ne les regardez pas ! ». L'intervenante, sidérée sur le moment, s'est alors questionnée dans l'après-coup : « Pourquoi ne pas les regarder ? Il est où le problème ? Pourquoi ne pas avoir saisi là l'occasion de rencontrer la différence, de l'expliquer et de pouvoir échanger avec nous ? » Nous avons alors associé ce récit avec la scène célèbre du film de David Lynch (1980), *Elephant man*, lorsque John Merrick, acculé par une foule haineuse, s'écrit « *I am not an animal ! I am not an animal ! I am a human being ! I... am... a man !* » avant de de s'effondrer. « Les choses n'ont pas changé », ajoutera l'intervenante.

Ainsi, dans notre clinique de l'extrême, il nous semble recueillir les traces de l'idéologie de cette théorie de la dégénérescence. Si la théorie est aujourd'hui réfutée scientifiquement, l'idée fantasmatique d'une dégénérescence morale qui inscrirait la personne déficitaire en « bout de chaîne de l'humanité » reste active.

Et s'il faut vivre caché pour faire disparaître l'anormalité de la scène sociale, il s'agit aussi de dissimuler la faute. En effet, nous verrons qu'au-delà des fantasmes de monstruosité, d'animalité et de bestialité qui nous envahissent dans notre expérience contre-transférentielle, des fantasmes de faute originelle (Guillemain, 2016 ; Hochmann, 2018), de filiation fautive et monstrueuse (Korff-Sausse, 2020) vectorisent un vécu de honte transgénérationnelle et contagieuse, partagée entre les familles et les intervenants, et qui n'épargne pas les accueillis. Lors de la sortie au zoo qui a confronté ceux-ci à une expérience de stigmatisation, leur réaction face aux enfants révélait cette honte, celle-ci générant une grande colère chez les intervenants-accompagnateurs.

Enfin, beaucoup plus délicat à évoquer, le sens de la vie de ces personnes si diminuées est parfois interrogé dans l'institution, sur un mode généralement projectif. Incurables, inéducables, de surcroît inutiles, nous retrouvons le fond de cette problématique telle qu'Esquirol l'avait posée. L'absence de famille, donc de filiation affective, vient renforcer cette idée d'une vie qui ne compte pour personne. En outre, la maladie et la souffrance induisent le fantasme d'une faute à expier, parfois dans une dimension transgénérationnelle. Éliminer le handicap, à travers celui qui le porte, est un principe très ancien puisqu'il remonte à l'Antiquité avec les pratiques d'exposition des enfants anormaux (Stiker, 1982). Nous aurons l'occasion d'évoquer cette logique de l'élimination, notamment lorsqu'elle s'articule aux souhaits de mort inconscients qui taraudent les familles confrontées à l'irruption de l'anormalité en leur sein. Avec leur menace du risque « d'extinction probable de la race » (*op. cit.*, p. 125) si la procréation

des dégénérés ne pouvait être contrôlée, les travaux de Morel et leur influence eugéniste ont entretenu cette représentation d'inutilité tout en soulignant et en renforçant son association avec des idées, aussi anciennes, d'amoralité et de dangerosité.

Si les conceptions de l'idiotie vont évoluer plus positivement, il nous semble que la pensée de Morel associée à celle d'Esquirol ont eu des effets pernicioeux tenaces. Ainsi Esquirol a condamné les idiots d'un point de vue psychopathologique tandis que leur sphère sociale et familiale a été davantage fragilisée par la théorie de la dégénérescence. Nous observons que c'est lorsqu'une position subjective va être reconnue chez l'idiot que son image va pouvoir s'améliorer peu à peu, même si sa condition aura besoin de temps pour évoluer. Soutenir la subjectivation du sujet déficitaire est notre postulat d'aujourd'hui. Nous allons maintenant nous intéresser à son émergence, lorsque son éducatibilité a pu être distinguée de son incurabilité.

### I.1.3. DISTINGUER L'INÉDUCABILITÉ DE L'INCURABILITÉ

L'affirmation d'Esquirol : « Les idiots ne sont pas éducatibles » semble reprise en écho juridique à la fin du siècle et pourtant, dans l'entre-deux, c'est bien la question « Les idiots sont-ils éducatibles ? » qui fait sens. (Zafirooulos, 1981, p. 23)

Cette remarque de Markos Zafirooulos fait écho à ce que nous dit un ancien soignant, à propos des jeunes patients accueillis au *Service d'enfants inéducatibles* : « On les appelait les inéducatibles, mais en fait, ils l'étaient, éducatibles ! C'est plutôt qu'ils n'étaient pas curables. » Cette distinction nous a mise sur la piste de la réflexion qui va suivre. Dans les textes des aliénistes, bien qu'il apparaisse, le terme d'inéducatible revient moins souvent que celui d'incurable. Dans ces lectures historiques, les deux mots nous ont semblé substituables. La nuance que nous cherchons à faire aujourd'hui ne serait apparue qu'au fil de l'histoire avec l'affinement des pratiques et du regard envers les enfants avec déficience intellectuelle ou des pathologies de type archaïque. Si l'association lexicale des deux adjectifs nous conduit à leur proximité sémantique, cet enchevêtrement ne nous semble pas s'être produit fortuitement. Il nous semble également se croiser avec le lien qui s'est construit entre la folie et l'idiotie, en parallèle de nos représentations collectives. Selon les époques, leur distinction s'opère plus ou moins, peut-être parce qu'ensemble, elles donnent à voir l'archaïque d'une humanité, en s'écartant d'une norme dont les variables vont, elles aussi, se moduler au fil du temps.

### ÉDUCUER POUR REDRESSER

Nous l'avons vu, la démarche classificatoire des aliénistes a permis d'isoler l'idiotie et l'imbécillité vis-à-vis de l'aliénation. Rappelons aussi que les travaux d'Esquirol tendent à figer l'idiotie dans l'état confondu d'incurabilité et d'inéducatibilité. Mais la question de l'éducatibilité des idiots n'en est pas close pour autant.

Malgré des sources dont ils soulignent les lacunes, Yves Pélacier et Guy Thuillier (1979) se sont intéressés à l'histoire de l'éducation des enfants idiots en France. Eux aussi font le constat du peu de distinction entre l'aliénation et l'idiotie jusqu'au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Quelques années après la décourageante, mais marquante tentative d'éducation d'Itard auprès de Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron – dont Jacques Hochmann soulignera les traits autistiques –, Jacques-Étienne Belhomme (1824-1843) est reconnu

comme le premier médecin aliéniste s'étant mobilisé afin « d'améliorer le sort » des enfants idiots.

Il relie l'éducation au développement de l'intelligence, et il observe que les facultés intellectuelles tendent à se développer de façon inégale chez les enfants, qui développeraient « une ou plusieurs facultés dominantes » (p. 30). Le fond de ses observations reste assez proche de celles d'Esquirol ; les mêmes patients y sont souvent évoqués au cours des études cliniques, dans la mesure où Belhomme travaillait auprès de lui à la Salpêtrière. La nouveauté s'inscrit surtout dans sa démarche d'éducation pour ces enfants, généralement laissés à l'abandon dans les hospices. Son travail contredit donc l'inéducabilité avancée par Esquirol, sans que Belhomme ne se positionne jamais ouvertement à l'encontre de son maître. Comme Esquirol, Belhomme décrit les « imbéciles » – qui nous semblent correspondre à des sujets atteints d'une déficience intellectuelle moyenne ou légère – comme « excessivement paresseux, indifférents, imprévoyants » (*ibid.*, p. 30). Il observe que malgré leur « médiocrité », les imbéciles issus de la classe populaire peuvent accéder à des travaux manuels alors que les plus riches, dotés d'une éducation, accèderaient à des acquis scolaires toutefois précaires.

En général, les objets extérieurs ne font sur les imbéciles que des impressions légères et fugaces ; et, pour me servir des propres expressions de M. Esquirol, ils retiennent des comptes faits, mais ne peuvent compter eux-mêmes. Les imbéciles au dernier degré et les idiots sont, en général, fort peu ou absolument incapables d'acquiescer par l'éducation. Cependant, on observe quelque fois des progrès qui ont lieu, il est vrai, en plusieurs années, mais qui méritent toute l'attention des observateurs. À la Salpêtrière, des idiots qui étaient dans un état d'abrutissement presque complet sont devenues susceptibles d'actions qui prouvent un certain développement d'intelligence. (*ibid.*, p. 31)

Si nous retrouvons là le ton implacable de cette époque, Belhomme semble s'emparer différemment de certaines observations cliniques qu'Esquirol avait pu faire également, sans pour autant les valoriser dans ses travaux dont il privilégiait le rendu scientifique. Belhomme souligne donc la possibilité de mobiliser pour des apprentissages les imbéciles et certains idiots. Ces occupations libéreraient le sujet du repli, des stéréotypies et surtout de la masturbation qui désole nombre d'aliénistes. La notion de performance reste prépondérante, ainsi que son impact sur le comportement. Mais comme l'observe Jacques

Hochmann (2009), Belhomme ne nous dit rien de la position subjective des enfants qu'il aura tenté d'éduquer :

Belhomme ne nous a pas dit précisément en quoi consistait cette éducation. Plus orientée, semble-t-il, vers un dressage destiné à éliminer les attitudes nuisibles et à favoriser les gestes utiles à l'entourage qu'à promouvoir le bien-être de l'enfant, elle annonçait, peut-être, les méthodes modernes de modification du comportement par le conditionnement. (p. 66)

La question du lien reste assujettie à celle de la « reconnaissance », au sens de gratitude, portée à l'autre. À la lecture de sa thèse, nous ne pressentons que très peu la sensibilité du médecin aux investissements objectaux de ses patients, quel que soit leur âge.

La nouveauté de son approche nous semble donc surtout être constituée par sa distinction entre l'incurabilité et l'inéducabilité, lorsqu'il affirme que « l'on peut traiter sans guérir » (Belhomme, *op. cit.*, p. 53), mais sans pour autant envisager une franche amélioration de l'état d'idiotie ni même soutenir le processus de subjectivation de ces enfants placés à l'asile :

L'idiot, au contraire, reste toujours au même degré d'inutilité. Voué à une mort prochaine, ses parents et la charité publique veillent à prolonger son existence. (*ibid.*, p. 38)

Terminons en disant que des tentatives heureuses sont faites pour l'éducation des idiots, qu'il faut persévérer dans cette excellente voie, et qu'il est probable que l'on pourra utiliser ces êtres infortunés dont on développe simultanément le physique et le moral, à des ouvrages manuels qui prouveront un certain développement intellectuel ; mais ne croyez pas à ce qu'on pourrait appeler une guérison, c'est-à-dire à un perfectionnement intellectuel entier ; il y a quelque chose de plus fort que tous vos moyens ; c'est un vice d'organisation qui subsistera comme subsiste un membre déformé ou un tendon rétracté. (*ibid.*, p. 57)

Pour Belhomme, l'éducation consisterait surtout à une mise au travail. Il s'agit de rendre le sujet « utile » et surtout « utilisable » aux tâches de la vie quotidienne, l'autre versant du concept d'autonomie d'aujourd'hui. En négatif, c'est donc bien son « inutilité » qui serait combattue au moyen de l'éducation.

Yves Pelicier et Guy Thuillier évoquent « l'utilité sociale de cette éducation » (*op. cit.*, p. 101) proposée par Belhomme. Markos Zafirooulos (1981) développera cette idée en

évoquant les premiers éducateurs parmi les aliénistes. Il met en lumière le travail de Félix Voisin, rarement cité dans la littérature mais qui a pourtant contribué à la première école fondée pour accueillir les idiots, créée par Guillaume Ferrus en 1828. Son rapport à l'idiotie s'avère différent de celui d'Esquirol. Markos Zafiropoulos souligne sa démarche en faveur des « idiots des bagnes », qui renforcera, en creux, le préjugé de dangerosité et de nature potentiellement criminelle de l'idiot. C'est en s'appuyant sur la terreur que Voisin parviendra à justifier la nécessité d'éducation du sujet (*op. cit.*, p. 25-27). Il rejoindra ici la théorie de la dégénérescence qui, rappelons-le, appelle elle aussi au renforcement de l'exercice médical en faveur du contrôle social. Au-delà, Félix Voisin (1843) contredit vivement la conception irréversible d'Esquirol et de ses élèves, avec le sens de la formule propre aux aliénistes :

Si vous lisiez ce que l'on a écrit sur l'idiotie, depuis l'Antiquité jusqu'à l'époque actuelle, vous seriez étonnés, avec tant de faits sous les yeux, de l'étroitesse de vue de nos prédécesseurs sur cette espèce d'affection, M. Ferrus excepté. Ils n'ont véritablement envisagé qu'une des facettes du sujet, et n'ont fait que se répéter les uns les autres : vous allez en juger par la définition que nous en a laissée notre respectable maître Esquirol, à qui la science et le malheur sont redevables d'ailleurs de tant d'obligations. L'idiotie, dit-il, est cet état particulier dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou dans lequel elles n'ont pu se développer que très imparfaitement.

Aujourd'hui, la science ne peut plus se contenter d'une pareille définition. (p. 10)

Il soutient que chez nombre de sujets, les facultés mentales sont partielles, atrophiées, mais existantes. À l'origine de la stagnation ou de la régression des sujets souffrant d'idiotie, il pointe l'institution, l'hospice et ses conditions épouvantables. Et de ce constat, il s'engage pour la mobilisation de leurs facultés, en s'appuyant sur les compétences des instituteurs. Il met une opposition en exergue : l'incurabilité qu'il déplore pourrait être combattue par l'éducation. Il va défendre le projet de création d'un établissement orthophrénique, qu'il ouvrira en 1834. Un rapport adressé au Préfet par le premier médecin du Roi définit ainsi son action éducative :

N'est-ce donc pas un immense service rendu aux hommes en particulier, et à la société en général, qu'un établissement spécial où l'on fait pour l'intelligence, pour le développement des facultés affectives, pour le *redressement* des penchants dangereux, pour la guérison des vices du cœur, ce qu'autre part on fait pour les difformités du corps ? (*ibid.*, p. 81)



« Redresser », combattre l'inutilité et la dangerosité des idiots, c'est en ces termes que se situent les velléités d'éducation pour les médecins ne pouvant envisager de possibilité de guérison somatique des troubles déficitaires. Mais s'ils envisagent de faire appel à des pédagogues, ils semblent rester concernés par la situation des idiots puisqu'ils envisagent de placer l'action éducative sous leur direction.

#### SÉGUIN ET LA PÉDAGOGIE DES « BRAS CAPABLES »

Depuis Rousseau, une démarche d'éducation s'est déployée pour les enfants ordinaires en France. Édouard Séguin (1846) s'appuie sur le succès de son récent développement auprès des enfants sourds-muets et aveugles en relevant les moyens qui ont pu être déployés dans ce cadre. Il fait donc la proposition d'une méthode à l'égard des enfants idiots dont il dénonce la relégation. Pour lui, c'est bien le manque d'intérêt et de mobilisation à leur encontre qui génère leur stagnation dans des états gravement déficitaires. Comme Voisin, mais en revendiquant son indignation, il témoigne des conditions épouvantables dans lesquelles vivent les idiots à l'asile. Les mauvais traitements, la malnutrition, la promiscuité, l'insalubrité, en particulier le manque d'air et de lumière ont pour lui un impact évident sur l'impossibilité du sujet à évoluer. Il dénonce et condamne les pratiques d'alors :

On ignore trop généralement la quantité d'oxygène, nécessaire à la vie stricte de l'homme à l'état normal ; or un homme consomme en vingt-quatre heures de sept à huit cents litres de ce gaz, et les remplace par une quantité égale d'acide carbonique ; donc, isoler des idiots dans des chambres bien closes et des alcôves, les entasser par centaines dans les salles peu aérées et infectes des hôpitaux pendant toute la nuit et la plus grande partie du jour, c'est tout simplement un lent assassinat. (p. 262)

L'idée principale de Séguin est de faire appel à l'hygiène dans son « utilisation anthropologique », « l'équilibre des fonctions est la condition *sine qua non* du progrès » (*ibid.*, p. 315), écrit-il. Au-delà de la population des idiots à qui s'adresse sa méthode au prime abord, il envisage qu'elle puisse se déployer jusqu'à « l'éducation des masses » (*ibid.*, p. 340).

Séguin nous a semblé montrer autant de désir et d'énergie que parfois de démesure. Comme chez Morel, de multiples ressources épistémologiques nourrissent « sa pédagogie », qu'il réfère principalement à l'anthropologie. Il insiste beaucoup sur ses appuis scientifiques, certainement dans le but de voir ses travaux devenir aussi légitimes, voire plus, que ceux de ses prédécesseurs et des médecins. Mais la démarche de Séguin est à isoler car pour la première fois, nous découvrons un aliéniste qui souligne la singularité et l'isolement de l'idiot dans son rapport au monde. Il en fait même un point de départ :

Pour les idiots, le problème de l'éducation ne consiste pas à substituer un mode de perception insolite à des modes de perception qui n'existent pas ; il réside tout simplement dans la possibilité de régulariser l'usage des sens, de multiplier les notions, de féconder les idées, les désirs, les passions de créatures qui, livrées à elles-mêmes, resteraient sans liens, sans rapport avec le monde extérieur, resteraient *idiots* : c'est une question de dynamique vitale. (*ibid.*, p. 331)

« Le mode de perception insolite » qu'il va s'attacher à décrire nous semble à plusieurs reprises très proche de l'expérience subjective. Pour obtenir des études cliniques approfondies, Séguin s'implique dans la relation, certainement avec sincérité et sans sensiblerie. Il montre des dispositions cliniques qui, à plusieurs reprises, le mèneront dans une compréhension fine du sujet et de sa sensorialité très particulière. C'est en humanisant ainsi l'idiot qu'il développe l'idée de son éducatibilité, en la distinguant de son incurabilité irrémédiable, en s'acharnant à tenter d'influencer les conceptions médicales et sociales. Mais nous sommes au XIX<sup>ème</sup> siècle et nous l'avons vu, les normes sociales et la moralité sont incontournables. Séguin ne cherche ni l'originalité, ni la subversion sur ce plan. C'est dans ce cadre qu'il va utiliser sa démarche clinique à des fins de « régulariser l'usage des sens »<sup>20</sup>.

Il propose que les idiots puissent eux aussi intégrer la valeur travail en tant que facteur de revalorisation sociale, le concept étant alors d'actualité même si Séguin nous montre les mêmes réserves que Morel vis-à-vis de l'expansion industrielle :

---

<sup>20</sup> Souligné par nous.

De notre temps, on demande du travail en échange de leur consommation au voleur, à l'aveugle, au sourd-muet, à l'aliéné même le droit à la vie est désormais subordonné au devoir du travail, et l'idiot ne saurait, pas plus que l'aliéné, se soustraire à ce devoir. On aurait tort d'ailleurs de ne considérer le travail que comme un devoir. Quand il est effectué dans des conditions hygiéniques, et quand les faiseurs de la bienfaisance publique ne l'exploitent pas dans un but industriel, le travail est une des plus sûres garanties de la santé et de la longévité ; pour les idiots en particulier, l'activité du travail est de beaucoup préférable à la nonchalance de l'oisiveté, le travail est leur condition première d'hygiène, de confort et de moralité. (p. 527)

Il critique la charité chrétienne qui maintiendrait l'idiot dans un rapport de dépendance. Le fait que sa vulnérabilité soit ainsi reconnue l'obligerait à l'inactivité, celle-ci étant le socle de son inutilité et donc de son délaissement. Au moyen de stimulations orchestrées avec une hygiène de vie adaptée à chaque tableau de troubles, Séguin se présente en capacité « d'améliorer » tout sujet souffrant d'idiotie et de transformer « la vie factice menée par les idiots » (*ibid.*, p. 269) au sein des asiles. Pour lui, l'idéal sera de les voir, une fois « éduqués », accéder à une vie au sein de la société en jouissant de capacités, tant instrumentales que matérielles pour subvenir à leurs besoins, car « ces vingt mille individus, inutiles aujourd'hui, ont des bras capables » (*ibid.*, p. 268). Puisque « l'éducabilité est une aptitude de l'enfance » (*ibid.*, p. 538) propre au processus de développement même chez le sujet déficitaire, il envisage que les idiots soient traités de façon précoce.

C'est une rupture nette avec la médecine, ou, du moins, avec les médecins. Séguin ne reconnaît qu'avec parcimonie quelque influence du traitement moral en en donnant sa propre lecture : « Dans sa plus large acception, le traitement moral consiste dans l'emploi de tous les moyens propres à développer et à régulariser l'activité, l'intelligence et les passions de l'idiot. » (*ibid.*, p. 462).

Le ton utilisé par Séguin à l'égard de ses collègues fait rupture d'avec les politesses concédées les uns aux autres que l'on trouvait jusqu'alors :

J'accuse donc formellement ici les médecins qui ont écrit, soit des recueils d'observations curieuses, soit des articles plus ou moins théoriques, soit des prospectus de charlatan sur l'idiotie, (...) d'avoir confondu dans l'idiotie des états pathologiques qui, s'y joignant souvent, l'aggravent presque toujours mais qui ne sont ni des symptômes propres, ni des

conséquences de l'idiotie. (...) En somme, j'accuse les médecins de n'avoir ni observé, ni traité, ni défini, ni analysé l'idiotie, et d'en avoir beaucoup trop parlé. (...) Avec leurs travaux, ils n'ont amélioré ni la santé, ni le moral, ni l'intelligence d'aucun des sujets qu'ils ont observés spéculativement. (*ibid.*, p. 70-71)

L'incurabilité, pour laquelle il utilise le terme « d'incurie », proviendrait d'un désintérêt massif, d'une attitude abandonnique généralisée. Il reproche aux médecins, mais aussi aux familles et même à la société entière de n'avoir rien tenté jusqu'alors pour traiter l'idiotie, cette « impassibilité » entraînant une irréversibilité des troubles et leur aggravation. Paradoxalement, il dresse lui-même un tableau peu engageant de l'idiot en mettant en évidence les ressentis contre-transférentiels et les fantasmes mortifères qu'il suscitait alors :

D'ailleurs l'idiot livré à ses instincts, à son inertie à ses désordres nerveux, à ses habitudes salaces, repoussantes et malsaines, ne tarde pas à vieillir, meurt d'ordinaire avant trente ans et n'est-ce pas la pire aggravation d'un mal celle qui fait de la jeunesse une décrépitude celle qui mène rapidement et douloureusement du lit au tombeau ? (*ibid.*, p. 186)

À propos des familles, si Séguin soutient la nécessité de les rencontrer pour obtenir des éléments cliniques sur les habitudes de vie du sujet et sur l'apparition des symptômes, il montre peu d'empathie à leur égard. Il écrit que « le sentiment de l'amour maternel produit ses plus tristes résultats » et regrette l'impossibilité des parents à contenir l'intolérance à la frustration de leur enfant en rapportant « l'extrême susceptibilité des parents à l'endroit des habitudes de leur enfant » (*ibid.*, p. 204). À quelques occasions, les parents des enfants confiés n'échappent pas à ses railleries acerbes, surtout lorsque leur incompréhension met sa démarche en doute. Une situation clinique rapporte qu'il dresse également des prescriptions de rééducation à domicile (jusqu'à douze heures de stimulation par jour), comme nous le voyons encore aujourd'hui pour certaines méthodes intensives venues d'outre-Atlantique (Salbreux, 2011 ; Leconte-Lambert, 1990). La question du contexte familial et du lien n'est pas prise en compte même si comme Morel, il rapporte un vécu honteux chez certaines familles, mais il ne le perçoit que comme une difficulté à établir une alliance favorisant son travail. Là encore, les conceptions et pratiques de l'époque ne lui permettent pas de davantage développer sa compréhension clinique, si tant est qu'il eut cette sensibilité. Fort logiquement, Séguin se positionne pour

la nécessité d'un travail de séparation sans davantage l'élaborer. Le ton de l'accusation se trouve être de mise :

Voilà réunis contre les idiots les quatre grands ennemis de toute amélioration : la routine des praticiens, la sensibilité des mères, l'indifférence de quelques parents, le préjugé religieux des personnes dont la Foi et la Charité ne sont pas éclairées par les véritables doctrines de l'Évangile. N'en voilà-t-il pas plus qu'il ne faut pour faire ajourner indéfiniment l'Institution des idiots ? (Séguin, *op. cit.*, p. 204-205)

Il constate que l'on a, jusqu'à lui, défini l'idiotie en soulignant ce dont le sujet manquait, l'intelligence en particulier. Il propose plutôt « une définition positive de l'idiotie » (*ibid.*, p. 26) ainsi qu'une classification s'étayant sur les besoins des enfants accueillis, et surtout sur leurs possibilités de mise au travail. Ne l'oublions pas, la démarche de Séguin vise avant tout à doter le sujet d'une utilité tant sociale qu'économique, qui serait requise pour échapper à la relégation. Il relève des symptômes physiologiques spécifiques à l'idiotie et s'appuie sur les avancées de la médecine physique, en opposition à la psychiatrie dont il dénonce la stagnation. Puisque, selon lui, les symptômes physiologiques sont stables et quasi-invariables, quelles que soient les conditions de vie du sujet, ils sont accessibles au traitement et peuvent être modifiés, en opposition aux symptômes dits psychologiques qui eux, relèvent du déficit et s'avèrent fondamentalement incurables, en plus d'être variables d'un sujet à l'autre. Ceux-ci ne pourraient donc être résorbés qu'au moyen d'une adaptation. Il réclame un cadre monographique rigoureux de l'idiotie en montrant par ses études cliniques comment distinguer l'idiotie de l'imbécilité et de l'arriération. C'est d'ailleurs sa précision et son insistance pour distinguer les traitements propres à chaque type de pathologie qui vaudront à Séguin d'être écarté de Bicêtre, dans un conflit avec l'administration médicale.

Pour dresser un profil monographique, Séguin propose un questionnaire très complet sur toutes les habitudes de vie et les caractéristiques physiques et psychiques de l'enfant. La dernière question nous intéresse particulièrement :

Enfin, jusqu'à quel point l'idiot est-il ἰδιος, *solitarius*, seul ; en d'autres termes, sous quels rapports et dans quelle limite, l'idiot a-t-il franchi la limite de son *moi*, pour entrer en communication physique, instinctive, intellectuelle et morale avec les phénomènes qui l'ont entouré ? (*ibid.*, p. 222)

Sa préoccupation pour le processus de subjectivation de l'idiot ne se lit pas au premier plan, dans la mesure où il fera de nombreuses propositions de rééducation physique. Mais son idée de considérer l'enfant d'une façon globale implique qu'il puisse aussi se pencher sur le « moi » qui nous intéresse mais qu'il ne définit jamais, si ce n'est avec la question de ses limites et de son lien à l'environnement incluant le lien à l'autre.

Esquirol s'appuyait souvent sur la notion de pudeur chez l'idiot afin d'évaluer son rapport au monde. Pour Séguin, il s'agit davantage d'observer son rapport au bien et au mal, toujours dans une perspective sociale d'intégration. « L'essentiel pour le moment c'est que l'idiot cesse d'être isolé ; c'est que sous l'empire d'un besoin, d'un goût, d'une habitude, d'un attrait, d'une répulsion, n'importe, il établisse volontairement le plus de rapports possibles. » (*ibid.*, p. 715), écrit-il. À plusieurs reprises, l'isolement apparaît comme une thématique essentielle, qui vient souvent faire lien avec celle de la subjectivité.

Tout au long de son ouvrage, Séguin se montre allant à la rencontre de chaque enfant lui étant confié pour élaborer un programme de rééducation qui puisse convenir à sa singularité. Il rapporte de nombreuses séquences où il se décrit en tant qu'acteur. Il rappelle fréquemment le manque d'implication des médecins l'ayant précédé.

Il s'oppose à la classification posée par Esquirol qui différencie l'idiotie de l'imbécillité, qu'il taxe de « division philanthropique ». Cette distinction, jugée artificielle et variable, s'appuierait selon lui sur des ressentis contre-transférentiels, l'idiotie inspirant « le dégoût » à la différence de l'imbécillité qui inspirerait « la pitié » (*ibid.*, p. 33). Il n'ira pas plus loin dans l'analyse de sa propre posture contre-transférentielle, mais elle nous rappelle parfois les mots de Fernand Deligny (1941) qui donnait ainsi ses conseils aux éducateurs auprès de jeunes délinquants : « À celui qui pleure trop souvent, fais laver la salle. Si tu as pitié, change de métier » (p. 46). À la lecture du texte de Séguin, le changement de ton nous a paru remarquable. Il reste quand même celui de son époque puisqu'il commence son ouvrage en évoquant « la classe délaissée des idiots » (Séguin, *op. cit.*, p. 1), mais au fil de l'écriture, il se distancie d'une certaine affliction que l'on pouvait trouver chez ses prédécesseurs. L'idée de pouvoir améliorer l'état d'idiotie au moyen de sa méthode semble ouvrir de nouvelles pistes pour combattre l'impuissance liée à l'incurabilité. C'est peut-être ici aussi que se situe le passage vers l'éducabilité.

Avec Séguin, les pratiques sont donc bien sorties du giron de la médecine. Elles s'appuient sur la rencontre avec le sujet et sur la relation que le maître parvient à instaurer avec son « élève ». Cette relation nous apparaît quand même marquée par la posture des aliénistes, propre à l'époque également. Dans un premier temps, il décrit sa posture de « commandement immédiat » qui s'appuie sur l'autorité. Il nous semble avoir été en mesure de l'interroger lorsqu'il avance que « Le mode impératif est douloureux, mais moins que les mauvais traitements clandestins que souffrent, sans pouvoir s'en plaindre, la plupart des idiots condamnés à rester tels » (*ibid.*, p. 685). Cet état de « commandement immédiat » se transforme peu à peu en « mode incitatif », lorsque « le Maître finit par établir avec son élève des rapports humains, des rapports d'homme à homme, et non plus des rapports de Maître à idiot » (*ibid.*, p. 695). Il rapporte le calme requis chez le maître, son utilisation du timbre de la voix, du geste enveloppant et du regard soutenant l'action. Les éléments ainsi apportés nous amènent à cette idée du passage de la pose du cadre, à fonction de contention vers la « fonction à contenir » (Mellier, 2005 *b*), souvent étudiée aujourd'hui lors de séances d'analyse des pratiques auprès des professionnels parfois troublés par la crainte du débordement de leurs attitudes contre-transférentielles.

La causalité organique des troubles l'intéresse peu et il critique vivement les médecins à ce sujet. Comme Morel, il s'intéresse davantage à l'environnement des enfants et à sa mauvaise qualité qui serait à l'origine de certaines stéréotypies :

Mais on doit se garder de prendre les habitudes et les anomalies du goût et de l'odorat pour mesure de l'état particulier d'un sujet, avant de s'être assuré du genre de vie auquel il a été soumis; car tel sujet serait parfaitement propre, aimerait le rangement, les odeurs et les saveurs agréables, qui s'est, si l'on peut ainsi dire, acclimaté avec des habitudes repoussantes et des goûts dépravés par suite de la négligence ou du mauvais vouloir des personnes qui l'ont laissé aux prises, dans l'isolement, avec les matières et les goûts les plus immondes. (...) Les lieux font les habitudes, les habitudes créent les goûts, et de là vient la désespérante monotonie de la hideur. (Séguin, *op. cit.*, p. 101-102)

Son traitement propose également de combattre la masturbation, et on retrouve l'embarras que cette conduite suscite dans de nombreux écrits de l'époque ; elle préoccupe toujours autant les intervenants d'aujourd'hui. Il se désolidarise une fois de plus des médecins en dénonçant l'usage médical de l'excision chez les jeunes filles, qu'il critique en l'assimilant à une mutilation (*ibid.*, p. 231).

Si Morel s'appuie sur la régulation du métabolisme et sur la qualité de l'ordre moral, Séguin nous semble davantage préoccupé par la sensorialité du sujet en insistant sur la nécessité d'éducation des sens qu'il juge « dépravés » chez les idiots. Dans ses observations cliniques, on retrouve les stéréotypies, les balancements, « l'idiot qui entend mais n'écoute pas », l'automutilation... Nous découvrons souvent des observations d'enfants « en apparence bien conformés » et qui ont toutes les caractéristiques de l'autisme. Ses nombreuses références à la problématique de l'isolement, ou de « l'idiot solitaire » vont également dans ce sens. Jacques Hochmann (2009) l'a largement souligné. Séguin rapporte aussi des séquences moins factuelles où il montre des tentatives interprétatives d'accès à la subjectivité des enfants et ses questionnements face à ce qu'il nomme la « poésie mystérieuse de l'idiotie » (*op. cit.*, p. 156).

Il se trouve aussi parfois proche d'évoquer l'importance des premiers liens. Il relie les capacités intellectuelles du sujet aux soins reçus durant sa petite enfance. Il avance que « la constance améliore les conditions mentales de l'idiot bien placé » (*ibid.*, p. 136) en opposition aux mauvais traitements ou à l'abandon qui lui seraient délétères. Mais de ce constat, il fait aussitôt lien avec la notion de classe sociale, observant que les jeunes idiots issus de familles favorisées restent soignés par leur famille, le placement à l'hôpital étant davantage l'apanage des milieux modestes :

Aussi, les portraits d'idiots, recueillis en général dans les hôpitaux, représentent-ils (toutes nuances d'idiotie égales d'ailleurs) les sujets comme dépourvus de beaucoup plus de facultés que si on les eût observés dans les familles aisées et soigneuses de leur race. (...) On aura pu farder son incapacité intellectuelle pour tromper les amis de la maison sur la nature de son mal ; on pourra rendre l'idiot moins repoussant, moins incapable, poli et gracieux même. (*ibid.*, p. 136-137)

Comme le fera Morel, il affirme alors son choix de davantage « se rapprocher des classes inférieures, qui ont plus besoin que les autres qu'on transforme leurs enfants idiots en individus supportables et utiles » (*ibid.*, p. 526).

Dans son étude des symptômes psychologiques, il aborde la notion d'intelligence. Il s'appuie sur l'observation quotidienne de ses élèves et en vient à constater que l'idiot est bien pourvu d'une organisation psychique, en relevant des attitudes d'expression à



recueillir chez le sujet pour soutenir sa singularité. Il propose de s'appuyer sur l'expression du sujet et sur ce qu'il témoigne de ses expériences sensorielles pour développer ses aptitudes cognitives :

Ainsi, dans l'ordre des faits présents et dans la limite, étroite à la vérité, de sa vie présente, aperçoit-on en lui, exprimés par les expressions qui lui sont propres, des besoins, des appétits, des goûts, des penchants, des désirs, des répugnances, des appréhensions, des craintes, des terreurs, des préférences, des velléités, des volontés, toutes manifestations qui n'ont lieu qu'en vertu de sentiments, de sensations, de perceptions limitées, il est vrai je le répète, mais aussi irrécusables que lorsqu'elles se produisent dans les sujets les mieux organisés. (*ibid.*, p. 166)

Séguin va alors utiliser le jeu et il désigne les mécanismes d'imitation en tant que supports du développement. Pour lui, il ne fait aucun doute que l'enfant doit apprendre en imitant, sa pédagogie se basant alors sur les modèles d'actions à transmettre. Il y associe la question de la « volonté » dans la possibilité de l'enfant idiot à faire des choix (par exemple, saisir un bocal de bonbons plutôt qu'une fourchette). Ici, le processus de symbolisation et son échec ne sont pas encore mis à jour, notamment dans le rapport à l'environnement du sujet déficitaire. De ce fait, Séguin perçoit l'enfant comme le seul maître de ses progrès qu'il associe à ses mouvements volontaires. De plus, le lien à l'autre ne serait pour lui qu'un rapport d'autorité et d'obéissance, une forme d'intersubjectivité qu'il relie de nouveau à la thématique de l'isolement : « L'idiotie, c'est-à-dire *l'isolement*, implique par son nom seul la résistance qu'opposent les idiots à tous les rapports que l'on veut établir d'eux avec les personnes, avec les choses, avec les idées. » (*ibid.*, p. 646)

À plusieurs occasions, il rapporte que les enfants accueillis le surprennent par leurs capacités d'adaptation en fonction des situations rencontrées. Il constate que les « phénomènes concrets », souvent en lien avec la vie quotidienne, offrent des possibilités remarquables d'acquisitions cognitives. Il énonce ainsi des potentialités de mémorisation chez l'idiot dans la mesure où celui-ci montre des capacités d'anticipation s'appuyant sur des expériences principalement sensorielles. Il observe qu'au-delà – face à des phénomènes nécessitant un mécanisme de symbolisation pour les appréhender – l'évolution du jeune idiot achoppe. L'expérience provoque alors des manifestations défensives allant jusqu'au repli. En contextualisant les travaux de Séguin dans une époque marquée par le sensualisme, il s'avère encore ici difficile pour lui de développer davantage. Pour Séguin, la « volonté *instinctive* » qui « conduit à satisfaire les appétits »

et la « volonté *négative*, celle qui porte l'individu à ne rien faire » (*ibid.*, p. 653-654) sont massives et envahissantes. Elles doivent être constamment réprimées. C'est au moyen de l'éducation par l'imitation et par l'obéissance, « par la *compression* même », que la « volonté *intellectuelle* » qui porte aux travaux de la pensée et la « volonté *morale* » qui « dirige l'individu dans les rapports sociaux et religieux » pourront se développer et ainsi libérer l'idiot de l'isolement (*ibid.*, p. 552).

Il en vient à conclure que l'idiotie serait essentiellement un trouble de la volition. Voici qui nous ramène aux représentations négatives de fainéantise chez le sujet déficitaire :

Tels sont, en ne tenant aucun compte des anomalies particulières à chaque sujet, les symptômes psychologiques de l'idiotie ; tel est l'état intellectuel de l'idiot, ἰδιος, *solitarius*, seul : seul avec sa sensation unique, sans rapport abstrait ni conventionnel volontaire, sans volonté intellectuelle ni morale. Physiologiquement, il ne *peut* pas, intellectuellement il ne *sait* pas ; psychiquement il ne *veut* pas ; et il *pourrait*, et il *saurait*, s'il *voulait* ; mais avant tout et surtout il ne *veut* pas ! ... (*ibid.*, p. 170)

Séguin décide donc que ses exercices seront à appliquer « avec ou sans la volonté de l'enfant » (*ibid.*, p. 362), puisqu'il envisage que celle-ci puisse n'être que mauvaise volonté. Ici, son raisonnement clinique achoppe face aux contraintes hypernormatives de l'époque mais aussi certainement aux prises à une toute-puissance animée par la nécessité de réussir là où d'autres ont échoué.

Il élabore alors un projet global de réadaptation qu'il présente en tant que démarche pédagogique originale.

Le premier point sera d'offrir un environnement propice à une hygiène de vie saine pour que l'enfant puisse être stimulé afin de lui procurer suffisamment « d'habitudes » étayantes et susceptibles d'améliorer sa volition. Ainsi, pour réussir à développer l'utilité potentielle de l'idiot, il faut d'abord lui apporter un environnement convenable et favorisant sa bonne santé. Séguin étudie la température, la qualité de l'air qui doit être sec, l'isolation de « fluides électriques » jugés nocifs... Il sollicite donc un lieu d'exercice où tout est pensé et argumenté. « C'est le local, ainsi trouvé, qui sera l'agent le plus actif de la santé, du bien-être et des progrès des élèves » (*ibid.*, p. 268), écrit-il. Nous retrouvons ici un grand principe de la psychothérapie institutionnelle, qui aujourd'hui,

tend à influencer les codes de l'architecture, lorsque temps et moyens financiers sont octroyés à la construction des institutions (Grillet, 2022).

Séguin propose aussi que le lieu de vie s'appuie sur un fonctionnement autogéré pour que les accueillis puissent être confrontés à des expériences concrètes telles que le maraîchage ou le soin des animaux :

À cet effet, on commence par familiariser l'enfant avec des animaux aussi privés et aussi doux que la prudence et le besoin le conseillent ; on lui enseigne leurs noms, leurs formes, l'usage ou l'agrément reconnus de chacun ; on intéresse l'enfant à leurs besoins, on lui crée des devoirs vis-à-vis de ces animaux, comme de les nourrir, de les rapprocher, etc. Il devra ainsi y penser le matin, le soir, et ses maladresses, ses imprévoyances seront autant de leçons qui lui donneront à réfléchir et qui le prépareront à établir des rapports plus subtils de lui à des individus de sa propre race. (*ibid.*, p. 495)

Autant qu'Esquirol avait pressenti la pertinence de l'utilisation de la musique en thérapie, Séguin introduit le principe de médiation animale en donnant un sens tout autre que la fonction utilitaire et occupationnelle des travaux de la ferme. Ces pratiques se développeront largement au cœur du XX<sup>ème</sup> siècle, notamment, ici encore, dans le courant de la psychothérapie institutionnelle. Elles sont presque insolites aujourd'hui en étant devenues l'originalité thérapeutique de quelques lieux de vie ou espaces de soin.

Séguin ne laisse rien au hasard. Par exemple, il préconise un habillement ample et facile à mettre ou à ôter, dans un souci d'abord hygiénique, en parallèle d'une éducation physiologique qui doit permettre à l'enfant de réguler ses excréments, phénomène « spécifique à l'idiotie » :

Mais on veut toujours habiller mes élèves comme si on les emmaillotait, et ils restent, les malheureux, dans les langes du corps, comme leur intelligence reste dans les langes de l'esprit : double enfance sans issue, sans fin. (*ibid.*, p. 279)

Cette problématique de l'habillement s'est posée, nous l'avons vu, avec Monsieur F. Ici Séguin ne fait aucune référence à la sensorialité d'une enveloppe défaillante, sa préoccupation reste centrée sur l'autonomie et l'hygiène. Pourtant, la matière du vêtement est soigneusement choisie :

Aussi, pour l'idiot qui est presque toujours dans un état d'inactivité, l'irritabilité de la peau doit être provoquée par des agents extérieurs, parmi lesquels les vêtements de flanelle tiennent le premier rang. (*ibid.*, p. 280)

Séguin prescrit également un régime alimentaire adapté en fonction de la constitution de chaque enfant, en développant amplement sur les propriétés nutritionnelles des aliments qui auraient une incidence sur « l'état nerveux » de chacun (tout comme la température de l'eau du bain).

Il propose un programme complet de stimulation et de rééducation motrice. Il utilise l'hydrothérapie, des frictions et des massages avec des explications scientifiques pour justifier « leurs effets physiologiques ». Il s'intéresse aux apports de la gymnastique pour corriger les anomalies physiques et prévenir l'atrophie musculaire, toujours dans l'idée que l'idiot puisse utiliser son corps à des fins utilitaires. Il utilise de nombreux agrès et montre une compétence de professeur de gymnastique, mais il y articule « l'éducation intellectuelle et morale » en s'appuyant sur l'impact sensoriel et psychique du mouvement. Nous retrouverons cette dynamique avec les « méthodes actives » développées en France dans les années soixante par les CEMÉA, et en particulier au service des enfants de l'hôpital qui nous intéresse (Gigou & Coupechoux, 2019).

Nous ferons l'économie de déployer tous les axes de sa méthode qui s'avèrent très nombreux, mais nous pouvons citer ici pêle-mêle ses techniques d'apprentissage de la parole, de la lecture, son travail sur la graphie. Il propose même une technique pour tenter de modifier la fuite du regard. Si Séguin est souvent désigné comme l'ancêtre des éducateurs, il aura peut-être également inspiré les psychomotriciens, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les orthophonistes, les orthoptistes etc.

Sa démarche est intensive et rappelle les méthodes comportementalistes qui sont maintenant bien installées dans nos institutions. Nous comprenons ici qu'elles ne sont pas si récentes :

S'il vit couché, asseyez-le ; s'il est assis, mettez-le debout ; s'il ne mange pas seul, tenez ses doigts et non pas sa cuiller pendant le repas ; s'il n'agit point, incitez tous ses muscles à l'action ; et s'il ne regarde ni ne parle, parlez-lui et regardez-le. Nourrissez-le comme un homme qui travaille, et faites-le travailler, travaillant vous-même avec lui ; soyez sa volonté, son esprit, son activité, sa providence enfin, et si vous ne pouvez, en trois ou quatre ans, lui donner ni l'intelligence ni la parole, ni le mouvement volontaire, la somme d'énergie

que vous aurez dépensée avec lui, ne sera pas encore perdue ; il n'aura pas fait de progrès dans le sens pédagogique du mot, mais il aura certainement fait l'un ou l'autre de ceux-ci, il se portera mieux, sera plus fort, plus obéissant ou plus moral n'est-ce rien ? Et celui qui fait tout ce qu'il peut, n'a-t-il pas tout fait ?... (*ibid.*, p. 316-317)

Il montre ici tout l'investissement psychique que nécessite la position éducative au quotidien. Son idée majeure est bien de transmettre une énergie afin « d'activer » le sujet qui en manquerait. Lui procurer un lit ou une chaise inconfortable pour qu'il n'y reste pas. Le redresser, lui apprendre à marcher droit, à s'habiller pour combattre l'impudeur, à manger seul et proprement pour lui faire adopter des « habitudes normales » sera le grand projet social de Séguin en faveur des idiots, afin qu'ils soient « tolérables pour leurs semblables » (*ibid.*, p. 525).

Mais l'idée qui nous semble majeure chez Séguin, ou du moins que nous souhaitons souligner pour son originalité à cette époque, n'est finalement pas celle qu'il annonce. Au cours de son ouvrage, nous retrouvons souvent la question du rapport au monde et à l'autre chez l'idiot, au-delà de sa fameuse utilité potentielle par sa mise au travail. Sa distinction entre les sens et les notions l'amène aux mécanismes de l'abstraction. Pour Séguin, contraindre la perception par tous les moyens, en particulier par les expériences sensorielles, amènerait l'enfant à la déduction qui elle, ne peut être contrainte. La démarche éducative de Séguin consiste donc à procurer à l'idiot de nombreuses expériences qu'il puisse transformer en notions. Il soutiendrait ainsi le développement des idées qui ne peut se faire que spontanément, puisque selon lui, « le concret éveille incessamment l'abstraction » (*ibid.*, p. 468).

À plusieurs reprises, il nous semble que Séguin traite de la subjectivité. Mais dès lors, il se laisse emporter vers l'utilité de normaliser les comportements du sujet. C'est ce qui va radicalement le faire différer des positions de Rousseau.

La définition de l'éducation selon Séguin s'appuie essentiellement sur la notion de performance en oubliant toute référence à l'émotion, à cette « poésie mystérieuse de l'idiotie » qui le touchait pourtant :

Le problème de l'éducation est aujourd'hui : Etant donné un individu ou un peuple, n'importe, développer ses appareils de manière à ce que ses fonctions acquièrent le plus d'activité, de rapidité, d'étendue et de précision possibles ; fonctions cérébrales, fonctions

musculaires, fonctions sensoriales, organes de la pensée, du mouvement, des sensations ; fonctions du corps et de l'âme, main d'œuvre, intelligence et moralité, l'éducation doit tout embrasser. (*ibid.*, p. 342)

Avec sa volonté de stimuler, souvent de manière radicale et intensive, toutes les « fonctions » du sujet, la démarche de Séguin a marqué un tournant historique. Il aura su dégager la notion d'inéducabilité des idiots de leur incurabilité en montrant qu'une « amélioration » était possible, à condition que l'on se mobilise, tant physiquement que psychiquement, auprès du sujet. Nombre de ses propositions constituent encore le socle des pratiques de l'éducation spécialisée d'aujourd'hui.

En outre, en lui donnant accès à l'éducabilité, les travaux de Séguin auront permis d'humaniser le sujet souffrant d'idiotie. Sa pensée constitue donc une étape dans l'évolution du traitement des idiots. Elle nécessite d'être contextualisée avec un siècle marquant l'essor de la valeur travail et de la compétitivité qui allait s'y associer. Nous allons le voir, la réticence des pouvoirs publics français va largement attaquer et finir par épuiser la combativité de Séguin, qui s'expatriera alors pour ces raisons politiques. À l'étranger, des initiatives et des institutions se mettent en place, et cette question de l'éducabilité et de la nécessité d'assistance aux enfants déficients intellectuels ne semble plus s'y poser. Le vif succès de Séguin aux États-Unis se croise avec l'histoire du développement des théories comportementalistes dont les assises se retrouvent dans sa démarche.

Si les travaux de Séguin et les différentes expériences françaises d'éducation des idiots se diffusent à l'étranger, en Europe comme aux États-Unis, jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, Yves Pélicier et Guy Thuillier (1979) n'observent pas d'amélioration notable en faveur de l'éducation des idiots en France. Malgré des rapports administratifs et l'intérêt de certains médecins qui font encore quelques tentatives isolées, un manque de moyens semble empêcher toute évolution. Ils font état d'une « résistance de l'administration » de l'Assistance publique – Séguin dénonçait un « terrorisme administratif » – associée au scepticisme des médecins (*op. cit.*, p. 109).

## ÉMERGENCE DU TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Une nouvelle rupture surviendra en fin de siècle, avec l'intervention de Désiré-Magloire Bourneville. Au début de la III<sup>ème</sup> République, Léon Gambetta accorde une large place aux médecins dans son gouvernement. Ceux-ci se retrouvent à des places stratégiques pour améliorer les politiques sociales, prophylactiques et assistancielles. Proche de Clemenceau, Bourneville a été successivement conseiller municipal, conseiller départemental puis député parisien. Son rôle politique associé à sa pratique de médecin aliéniste à Bicêtre, son travail reconnu et ses nombreuses relations lui ont offert les champs d'action nécessaires pour impulser des réformes de l'institution hospitalière et des dispositifs d'hygiène publique. Comme le synthétise Jacqueline Gateaux-Mennecier (1989), l'œuvre de Bourneville en faveur des enfants déficitaires s'est avérée complète, ouvrant des possibilités d'évolution de leur situation en France :

Car indépendamment des transformations hospitalières profondes, novatrices et hardies pour une époque encore marquée par l'influence de la tradition religieuse sur les établissements hospitaliers, il est une réforme scientifique et culturelle d'avant-garde à laquelle Bourneville vouera toute son énergie combative et sa ténacité indéfectible, la création d'un quartier spécial pour les enfants idiots et épileptiques de Bicêtre, l'organisation d'un traitement médico-pédagogique et son application à l'enfance déficiente mentale, les déshérités de l'intelligence, comme on le disait alors. Ces innovations s'accompagnent d'un bouleversement des représentations collectives, tant par l'élaboration d'une nouvelle approche scientifique du handicap mental que par une analyse critique des conditions administratives d'assistance. (p. 50)

L'étude de l'œuvre de Désiré-Magloire Bourneville ne nous a pas vraiment semblé révéler de réelles innovations, bien que ses qualités médicales lui permettent de réaffirmer une position scientifique. Jacques Hochmann (2009) pointe sa « médicalisation de l'idiotie » (p. 139-142) qui visait à ce que les enfants idiots, considérés comme des malades, puissent obtenir un accès aux soins et à la dignité grâce à des conditions d'accueil humanisées. Sa pratique médicale lui aura aussi permis d'isoler une forme spécifique de pathologie (la sclérose tubéreuse de Bourneville) et de faire avancer les connaissances sur le crétinisme et sa médication. Concernant ses apports en matière d'éducation, il s'inspire largement des travaux de Séguin qu'il a su réhabiliter. C'est surtout son approche exhaustive de l'idiotie qui permettra une nouvelle conceptualisation.

Il envisage l'hospitalisation de l'idiot avant tout comme une assistance, tant auprès du sujet que de sa famille. Bourneville dénonce alors le détournement sécuritaire de la loi de 1838 par l'administration et par les préfets en particulier, ceci en affirmant la nécessité de l'hospitalisation des idiots, non en raison de leur potentielle dangerosité, mais d'abord pour qu'ils puissent bénéficier de soins et d'éducation. Il s'engage aussi pour que les familles puissent être soulagées des difficultés que représente la survenue d'un enfant lourdement handicapé en leur sein.

C'est une position très moderne et qui trace le sillon où pourra se déployer dans l'avenir la psychiatrie médico-sociale. Il conçoit ainsi qu'un enfant puisse souffrir d'une atteinte neurologique et ne pas être curable, tout en nécessitant des soins et bénéficier d'une prise en charge éducative pour s'améliorer. Il prend également en compte la souffrance des familles et leur besoin d'un accompagnement tant social que psychologique.

Contrairement à l'idée que la théorie de la dégénérescence avait pu propager, il marque une rupture avec le lien que nous avons observé se faire entre classe sociale défavorisée et idiotie lorsqu'il affirme que « Ni la misère, ni la richesse ne mettent à l'abri d'un tel malheur. L'observation montre que, depuis le plus riche jusqu'au plus pauvre, tout le monde est exposé à avoir des enfants de cette catégorie. » (Bourneville, 1895, p. 179). Toutefois, il n'insistera pas beaucoup sur cette idée peu congruente à la conception sociale de l'idiotie entretenue par ses collègues, tant le lien entre idiotie, dégénérescence et classes populaires est établi scientifiquement à cette époque.

Son rapport à la dangerosité et à la dégénérescence diffère également de ce que nous avons pu lire jusqu'ici, dans la mesure où Bourneville reprend des éléments « d'anthropologie criminelle » en déresponsabilisant les sujets déficients. Jacqueline Gateaux-Mennecier évoque son « pathos moralisant et alarmiste » lorsqu'il met en garde les autorités quant aux grands risques de drames induits par l'absence d'accueil des idiots, imbéciles et arriérés. Nous avons relevé cette posture dans de nombreux travaux médicaux du XIX<sup>ème</sup> siècle, elle correspond pour nous à la volonté des médecins d'être affiliés aux questions d'ordre social, mais nous semble aussi constituer un accès privilégié à l'attention des pouvoirs publics. Provoquer l'inquiétude, voire la terreur, semble plus efficace que susciter l'empathie. Aujourd'hui encore, et particulièrement depuis 2005<sup>21</sup>,

---

<sup>21</sup> Voir le discours de Nicolas Sarkozy, prononcé le 2 décembre 2008 au centre spécialisé d'Antony, quatre ans après le « drame de Pau ».



force est de constater qu'une psychiatrie sécuritaire obtiendrait plus de crédit qu'une psychiatrie simplement hospitalière et humaine.

C'est ainsi que Bourneville tente de responsabiliser l'État en tant que garant de l'ordre social. Mais il insiste sur la nécessité d'engager l'administration dans une démarche d'éducation et d'instruction auprès des idiots et des imbéciles, celle-ci devant être davantage préventive que répressive.

Ainsi, il ne pose plus la question de l'éducabilité des idiots, il affirme « qu'il est prouvé que les enfants idiots, imbéciles et arriérés sont susceptibles d'une amélioration sérieuse » (*op. cit.*, p. 150). Comme Séguin, il souligne les moyens qui ont pu être développés en faveur des enfants sourds-muets et aveugles, en s'appuyant aussi sur la récente loi française de l'instruction obligatoire :

Il y a encore une autre considération qu'on peut faire valoir, surtout aujourd'hui dans notre état républicain : c'est l'obligation, qui est inscrite dans la loi sur l'instruction primaire. Pourquoi ces enfants sont-ils abandonnés ? Pourquoi ne s'en occuperait-on pas ? S'ils ne peuvent aller à l'école ordinaire, il faut voir ce qu'il convient de faire pour eux. L'obligation de l'instruction primaire nous fournit un argument nouveau au point de vue de l'assistance, du traitement et de l'éducation de ces enfants. (*ibid.*, p. 184)

En outre, son enquête minutieuse de la situation générale en France – mais aussi à l'étranger – révèle que si, au niveau national, les initiatives sont rares, elles s'avèrent multiples. Bourneville rapporte les œuvres d'institutions privées (il intervenait lui-même à la Fondation Vallée) et publiques, soit très spécifiques à l'enfance aliénée soit généralistes puisqu'il observe que dans certains départements, les idiots sont accueillis à l'hospice et même dans des dépôts de mendicité. Il apparaît déjà qu'à cette époque, les financements publics s'avèrent fluctuants et relatifs à l'investissement des personnalités de la région. Bourneville insiste sur la création de lieux spécialisés rattachés aux asiles départementaux. « L'asile-école » serait une institution mixte, spécifique et différenciée géographiquement de l'asile auquel elle serait affiliée administrativement. Il prolonge les indications de Parchappe (1853) qui préconisait déjà que les enfants ne soient plus internés auprès des patients adultes, pour que leurs soins soient différenciés. Il envisage toutefois l'idée que certains enfants devenus adultes soient encore « insuffisamment améliorés » et doivent alors rejoindre les services asilaires. Il se prononce pour que l'idiotie soit considérée comme une forme d'aliénation, ainsi que le préconisait

Parchappe. Il émet toutefois l'idée que puissent se créer des sections spéciales pour continuer à proposer des activités éducatives à ces adultes. Nous verrons que cette position a été défendue bien plus tard, sans succès, notamment par l'équipe des soignants de l'hôpital psychiatrique de l'Eau-Vive (Eberentz et coll., 1978). Mais le combat de Bourneville se fera essentiellement en faveur des enfants et ne développera pas davantage la spécificité de l'idiotie dans le champ de l'aliénation des adultes et de leurs soins.

Le traitement médico-pédagogique élaboré par Bourneville reprend les grands axes de celui de Séguin : de la gymnastique, une éducation à la marche, une éducation des sens, de l'attention et de la parole. Il propose également un traitement des troubles de la digestion et des soins de propreté.

Bourneville rappelle la nécessité « d'occuper » les enfants « du lever au coucher » en les ritualisant surtout autour des gestes de la vie quotidienne. « Rechercher ce qui est, ce qui subsiste chez ces enfants, s'en servir pour développer ce qui est à l'état latent, afin de gagner le plus possible, telle est aussi une autre règle qui nous guide. » (*ibid.*, p. 242) écrit-il en montrant sa préoccupation de valoriser les potentialités de chaque enfant, instituant de nouveau la nécessité de ne pas percevoir le sujet en tant qu'être déficitaire pour avant tout en déceler les possibilités « d'amélioration ». Ceux qui montrent des capacités à supporter le quotidien accéderont à un enseignement primaire puis à un enseignement professionnel assorti d'ateliers leur permettant d'acquérir des apprentissages manuels.

Le programme mis en place au service des enfants – où étaient hospitalisés les accueillis de la maison d'accueil spécialisée – s'appuyait sur des bases identiques en 1960, sous le nom des « méthodes actives » alors développées par les CEMÉA. En outre, c'est ce programme qui fondera nombre d'instituts médico-pédagogiques lorsque les associations de parents s'emploieront à créer, à la même époque des années soixante, des établissements spécialisés privés.

La formation des intervenants est également un point fort du projet de Bourneville. Il n'aborde pas la notion de relation comme pouvait le faire Séguin, qui vantait l'efficacité de l'autorité et de la soumission de l'élève à l'égard du « Maître ». Il montre ici sa volonté d'étayer les pratiques professionnelles des intervenants sur une élaboration réflexive. La

démarche est moderne et nous en déduisons qu'elle aura un effet sur l'expansion contre-transférentielle que nous laissaient parfois percevoir les travaux de Séguin :

Nous avons dû et nous devons encore dresser nos instituteurs et nos institutrices par des instructions fréquentes ; par la lecture des travaux publiés sur l'idiotie, surtout ceux d'Itard, Belhomme, F. Voisin, Séguin, Delasiauve, etc. (Voir *bibliographie*) ; en mettant à leur disposition la traduction des mémoires publiées à l'étranger sur l'idiotie. De plus, chaque année, à tour de rôle, nous les envoyons à l'Institution nationale des jeunes aveugles et à l'Institution nationale des sourds-muets, afin de leur montrer ce qu'on fait pour les autres catégories d'enfants anormaux. (*ibid.*, p. 242)

Le parallèle peut encore être fait avec les méthodes actives des années soixante, dans la mesure où nombre d'éducateurs et d'infirmiers se sont formés aux CEMÉA sur ces questions transféro-contre-transférentielles.

Le discours de Bourneville se différencie aussi de celui de Séguin dans la mesure où il n'instrumentalise plus le sujet en tant que potentielle force de travail. Il préfère mettre au premier plan la valeur subjectivante que peut représenter la mise au travail. L'extrait qui suit concerne les personnes n'ayant pas pu être suffisamment « améliorées » pour accéder à l'autonomie relative d'un travail hors de l'institution. Nous constatons que le ton est différent et qu'il dessine les prémisses des valeurs de la thérapie institutionnelle :

D'autres, infirmes ou hémiplegiques, passent dans la division des incurables de l'hospice, vivent en liberté, vont travailler aux ateliers de l'hospice, rendant service à l'Administration, atténuant les charges que la Société s'impose pour eux et gagnant, chaque semaine, de quoi subvenir à leurs petits besoins. (*ibid.*, p. 238)

Jacques Hochmann (2009) souligne aussi l'originalité de sa vision de l'institution et de l'importance qu'il accordera à la vie quotidienne en tant qu'appui possible à l'humanisation de la vie des patients (*op. cit.*, p. 143-145).

S'ajoute aux propositions de Séguin l'idée que le traitement éducatif soit assorti d'un traitement médical. Bourneville place des pratiques paramédicales comme l'hydrothérapie et la kinésithérapie dans ce champ, en assortissant les soins des thérapeutiques médicamenteuses de l'époque (bromures, toniques, sangsues, purgatifs

etc.). Auprès du sujet, c'est finalement la démarche de Séguin qui se trouve ici différemment hiérarchisée. Au-delà, Bourneville rapporte une organisation scientifique visant, là encore, à interroger les pratiques :

Chaque année enfin, avec nos internes, nous publions le Compte rendu du service des enfants dans lequel nous passons en revue tous les faits de l'année : statistique, enseignement primaire, enseignement professionnel, procédés pédagogiques nouveaux, et où nous consignons les observations les plus intéressantes ainsi que nos essais thérapeutiques. (*op. cit.*, p. 241)

Cette initiative révèle l'intention de Bourneville de se maintenir dans une dynamique d'évaluation dont le fond est propice au développement de la recherche clinique. Elle donne une toute autre dimension à la démarche d'évaluation et contraste avec le processus de sédimentation des patients chroniques que nous observons de nos jours dans les services de longue évolution des hôpitaux psychiatriques. Nous y viendrons.

Dans la tradition aliéniste, l'équipe médicale photographie les cerveaux et collectionne les calottes crâniennes. La pratique courante des craniectomies sera stoppée du fait de l'absence de conclusions probantes quant à des hypothèses phrénologiques et anatomopathologiques anciennes et tenaces. Cette remarque presque anecdotique nous conduit à souligner la rupture qui s'est ainsi opérée avec Bourneville, même si, comme il le rappelle fréquemment, cet éloge reviendrait davantage à Séguin. Ce dernier a beaucoup avancé que son infériorité statutaire, puisqu'il n'était pas médecin, discréditait la validité de sa méthode en France. Force est de constater que le statut de Bourneville, tant praticien qu'élus de la République, semble avoir facilité l'inscription administrative et culturelle de l'éducabilité de l'idiot. Offrir une valeur scientifique à l'éducation et à ses résultats convaincants permettra pour un temps d'éteindre la déception médicale provoquée par l'incurabilité de l'idiotie.

Le lien qu'il décrit avoir développé auprès des familles est un autre aspect de la posture de Bourneville nous apparaissant original. Il montre une certaine empathie lorsqu'il s'intéresse aux familles et il rapporte plusieurs exemples de situations d'entretiens auprès des parents, montrant alors sa préoccupation mais aussi l'ébauche d'une compréhension clinique :

La présence de ces pauvres êtres dans la famille où, d'ailleurs, ils ne peuvent recevoir aucune instruction, ni suivre aucun traitement efficace, est une source de graves inconvénients, engendre une situation morale des plus pénibles, et occasionne une lourde charge. Il est commun d'observer de ces enfants qui, dès les premiers jours de leur naissance, poussent presque sans arrêt et surtout la nuit des cris aigus, empêchant père, mère, frères et sœurs de reposer. Et cependant, le lendemain, il faut que le père retourne à son travail, que la mère vaque aux soins du ménage ! (...) Dans tous les cas, il est une autre influence qui, elle, est incontestable : c'est l'influence exercée par l'aspect de ces enfants sur leurs frères et sœurs. Voici, à l'appui, ce que nous disait tout récemment la mère d'un petit idiot : « Nous avons deux jumeaux âgés de 19 mois qui commencent à prendre ses manières, à se balancer, à se cogner la tête comme lui. Sans cela, ajoutait-elle, si je ne craignais pour les deux derniers, je le garderais à la maison. » (*ibid.*, p. 144)

Ainsi, ce qui nous a semblé changer se trouve dans son regard et dans sa posture résolument modernes. Bourneville nous apparaît comme un clinicien d'avant-garde ou comme celui qui aura permis à la clinique de l'enfant aux pathologies de type archaïque d'advenir. Cinquante ans plus tard, en 1957, Roger Misès lui succédera à la Fondation Vallée qui alors « constituait, pour l'essentiel, un lieu de relégation comparable aux asiles du XIX<sup>ème</sup> siècle » (Misès, 1989, p. 12). En observant des troubles pluriels et variables chez les enfants idiots, Bourneville avait pressenti le tableau des dysharmonies que Roger Misès décrira avec davantage d'étayage clinique. Celui-ci relève également que Bourneville s'était attaché aux facteurs psychosociaux se mêlant à l'organicité des symptômes. Mais c'est dans une dimension davantage politique qu'il rapporte son héritage en évoquant une « répétition de l'histoire » :

Avec émotion, je viens seulement de découvrir que j'ai été conduit à utiliser les mêmes arguments, parfois les mêmes mots lorsqu'il m'a fallu convaincre l'Administration, discuter la notion de rentabilité, mettre fin à l'application aux enfants de la loi de 1838. (*ibid.*, p. 12)

En effet, Bourneville s'était aussi engagé sur le plan législatif, pour modifier les procédures d'internement des enfants afin qu'elles puissent favoriser les placements volontaires, en particulier de ceux issus de classes sociales défavorisées. Mais Jacqueline Gateaux-Mennecier observe que malgré toute son énergie, son action réformatrice se solde par un échec (1989, p. 209-218). Il faudra attendre 1961 pour que la législation

cesse de s'appuyer sur la loi du 30 juin 1838 concernant les enfants, sous l'impulsion de Roger Misès et d'André Beley.

Une autre difficulté rencontrée par Bourneville sera la suroccupation de la section de Bicêtre, que Jacqueline Gateaux-Mennecier relie à son succès. Pour y remédier, il aura d'abord recours à des mesures contraires à son éthique, comme le transfert d'enfants dans des institutions de province ou le développement de l'assistance à domicile :

En résumé, pour pallier le débordement de Bicêtre, Bourneville met en œuvre des stratégies d'évitement en rupture complète avec sa politique initiale d'ouverture de l'asile. Ces positions à contre-courant, ces mesures contradictoires, parfois diamétralement opposées à ses perspectives premières témoignent de ce que son action réformatrice est, à cette époque, 1890-1895, grandement compromise. (*op. cit.*, p. 225)

Nous verrons que cette pratique du déplacement des incurables a continué de se pratiquer en France durant de longues années et qu'elle concerne plusieurs accueillis de la maison d'accueil spécialisée.

C'est dans le contexte du désintérêt de l'Assistance publique envers son projet que Bourneville va se tourner vers le ministère de l'Instruction publique pour proposer la mise en place de classes spéciales susceptibles d'accueillir les enfants les moins déficients. L'école est devenue gratuite et obligatoire à partir de 1882 et cette mesure a entraîné un important changement de population chez les écoliers, notamment avec les enfants issus des classes les plus défavorisées qui ont dès lors pu accéder à l'instruction. Patrice Pinell et Markos Zafirooulos (1978) constatent alors une mutation culturelle, qui va amener l'institution scolaire à se trouver aux prises avec les problématiques de l'indiscipline et des déviances chez certains de ses élèves. Jacqueline Gateaux-Mennecier (1989, 1993) explicite le mouvement idéologique qui s'est produit :

Sur cette réalité, bien tangible elle, s'élaborera la notion « d'arriération » à l'école, production idéologique, selon nous, et résultat d'un déplacement épistémologique : entre l'asile où les psychopédagogues emprunteront les accents pathologisants du discours qu'ils contestent, le discours médical, au champ de mise en application de ce dispositif symbolique, l'école, où « arriération » recouvrira de son voile terminologique une réalité

bien éloignée de la déficience mentale de l'asile : la déviance ou la non-adhésion au système éducatif ordinaire. (1989, *op. cit.*, p. 228)

Bourneville envisageait une solution de désengorgement des services asilaires, en aménageant la possibilité d'étendre le rôle de la médecine aliéniste jusqu'au sein de l'école, dont les classes spéciales seraient « annexées » à l'asile. Pour Jacqueline Gateaux-Mennecier, cette orientation n'a pas obtenu l'écho attendu par l'aliéniste. Patrice Pinell et Markos Zafiroopoulos (1978) observent qu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'échec scolaire va se médicaliser avec « l'apparition de nouvelles catégories d'enfants anormaux, l'instable et l'arriéré (débiles légers) » (p. 23), l'association milieux populaires/déficience venant prolonger le débat – déjà bien alimenté par Morel – autour de l'hérédité et des effets du milieu.

Nous l'avons vu, comme nombre de ses collègues, Bourneville savait s'appuyer sur des thématiques prophylactiques de prévoyance sociale, même si son discours ne s'appuyait plus sur la terreur et la mise à l'écart comme pouvait le faire celui de Bénédic-Augustin Morel. Rappelons-le, ses propositions étaient étayées tant par sa pratique clinique sur le terrain que par ses convictions républicaines. Claude Wacjman (2013) conclut ainsi quant au retrait de Bourneville, face à l'arrivée d'Alfred Binet dans le paysage politique et scientifique français :

Bourneville reste connu comme neurologue et comme l'éditeur de Charcot. Il devient inconnu comme pédagogue et reste ignoré comme celui qui a voulu poser sur le plan social la question des idiots en manifestant l'espoir de les voir accéder à un statut de citoyen et d'ouvrier. (p. 163)

Bien que son nom reste encore plus confidentiel que celui de Séguin, Bourneville a développé les fondements de l'action médico-pédagogique contemporaine, et nous retrouvons la trace de son œuvre aujourd'hui. S'il s'inscrit dans la continuité de ses prédécesseurs, sa volonté de maintenir l'idiotie dans le giron de la médecine en associant soins et éducation nous apparaît fondée d'un point de vue clinique. C'est avec ses arguments que nous comprenons l'évolution de la psychiatrie, en considérant tant la naissance de la pédopsychiatrie que le développement de la fonction sociale d'asile qui, elle, est aujourd'hui réfutée et tend à disparaître.

Cette « parenthèse médicopédagogique » (Hochmann, 2009, p. 135-148) aura tracé plusieurs pistes devenues fondamentales aujourd'hui. S'appuyer sur la sensorialité du sujet aura permis de concevoir et même de conceptualiser toute l'importance de l'environnement pour le sujet déficitaire avec toutes les expériences qu'il peut en faire, notamment à l'occasion de l'expérimentation de la vie quotidienne. Son lien à l'autre est aussi une dimension largement développée aujourd'hui, en particulier lorsque l'on considère que le sujet, aussi régressé qu'il puisse être, peut s'engager dans une relation duelle au moyen d'éléments de communication qui soient adaptés à ses capacités d'appréhender le monde qui l'entoure.

Aussi, les découvertes de Séguin et de Bourneville nous semblent mettre en relief que l'éducabilité concernant les sujets très déficients aurait un lien direct avec leur appartenance à l'humanité. Désiré-Magloire Bourneville l'a bien montré lorsqu'il énonçait l'idée de « relever » le sujet. Il s'agissait alors de lui permettre de quitter la sphère de l'animalité pour pouvoir être accueilli parmi les humains. Simone Korff-Sausse (2011 *b*) évoque fréquemment cette question lorsqu'elle souligne combien s'identifier au sujet lourdement handicapé est une démarche qui ne va pas de soi.

## INTRODUCTION DE LA NOTION D'ARRIÉRATION MENTALE

Nous allons maintenant découvrir dans quelle mesure l'école semble s'être emparée du discours de Bourneville et de ses productions théoriques sur la déficience pour en faire un outil de régulation sociale. Les rapports et les commissions convoqués par le ministère de l'Instruction publique se sont enchaînés à la fin de sa carrière, sans que Bourneville y soit associé. En ce début du XX<sup>ème</sup> siècle, c'est Alfred Binet et Théodore Simon qui vont introduire un nouveau paradigme, devenant une assise de la loi du 15 avril 1909 « relative à la création de Classes de Perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'Écoles autonomes de Perfectionnement pour les Enfants arriérés ». Nous ne pourrions pas ici développer le contenu de leurs nombreux travaux qui ont conduit à la théorisation de l'intelligence et à l'essor d'une norme scolaire. Nous allons surtout nous intéresser à l'incidence politique de leurs travaux. Si le recours de Bourneville au ministère de l'Instruction publique a certainement servi ce projet, c'est au final leurs arguments scientifiques qui sont parvenus à mobiliser les pouvoirs publics.



Nous resterons donc attachée à observer la rupture marquante d'avec la démarche clinique des aliénistes, qu'ils critiquent en considérant leur philanthropie « démodée » et en soulignant leurs carences théoriques et pratiques :

En ce qui concerne l'arriération, nous croyons possible d'en préciser les degrés, de manière que toutes les personnes compétentes s'entendent sur le diagnostic d'un idiot, d'un imbécile, et d'un débile. Nous savons bien qu'en émettant une pareille affirmation, nous allons à l'encontre de la pratique habituelle des médecins aliénistes. Quand ceux-ci donnent à un enfant, dans un certificat d'entrée, la qualification d'idiot, de débile, ou d'imbécile, ils ne sont pour ainsi dire jamais d'accord avec le confrère qui, quelques jours après, examinant le même enfant, devra faire un nouveau diagnostic. (1907, p. 110)

Binet et Simon vont donc reconceptualiser la notion d'anormalité en introduisant celle d'arriération : « Les enfants anormaux et arriérés sont des enfants dont l'école ordinaire et l'hôpital ne veulent pas ; l'école les trouve trop peu normaux, l'hôpital ne les trouve pas assez malades. » (*ibid.*, p. 10). De cette remarque, nous pouvons déjà pressentir le dessein du secteur médico-social, qui se placera justement au cœur de cette faille. Les « arriérés », évalués comme des « anormaux de l'intelligence » et les « instables », les « anormaux du caractère » qui « se signalent par leur turbulence, leur bavardage, leur défaut d'attention, et parfois leur méchanceté » (*ibid.*, p. 24) vont donc être différenciés des « anormaux médicaux ». Ils mettent alors au point une échelle de mesure scientifique, à même de hiérarchiser les différents niveaux d'intelligence des enfants.

Patrice Pinell (1995) remarque la nécessité de « l'invention du débile par l'école » pour que cette « conception bernardienne du normal et du pathologique » puisse s'installer (p. 29-30). Dans cette perspective de réorganisation institutionnelle pour les « anormaux », Binet et Simon proposent une nouvelle dichotomie avec la catégorisation binaire des « anormaux d'école » et des « anormaux d'hospice ».

Pour Binet, celle-ci doit d'abord s'appuyer sur une évaluation discernée de la déficience pour que l'orientation institutionnelle des enfants puisse être révisée, mais de façon sélective :

Le langage administratif distingue ces degrés divers d'arriération par les expressions suivantes : *anormaux médicaux* ; *anormaux pédagogiques*. Il serait préférable d'éviter l'équivoque du terme médical, et de dire tout simplement : *anormaux d'hospice* et *anormaux d'école*, pour bien montrer la différence de leur destination. (1907, p. 108)

Par « destination », nous pouvons comprendre qu'il s'agit du devenir de ces enfants : les uns accueillis à l'école, les autres maintenus en hospice ou en structure asilaire. La nécessité de soins n'est pas clairement rapportée par Binet et Simon, ils nous semblent davantage s'appuyer sur la fonction de contention pour faire glisser cette catégorie d'anormaux de « médicaux » à « d'hospice ». Rappelons ici que même si dans les textes, les fonctions institutionnelles de l'hôpital, de l'asile et de l'hospice étaient relativement différenciées, le destin des idiots vers ces structures est, jusque tard, resté flou et aussi conditionné aux dispositifs développés localement. Dans le discours de Binet et Simon, la confusion nous semble se prolonger et s'accorder avec le peu de considération et de conviction qu'ils portaient à la possible amélioration des idiots.

Dans une première approche, ils proposent des « distinctions pédagogiques » : l'idiot ne sait pas communiquer verbalement, l'imbécile ne sait pas communiquer par écrit et le débile a un retard scolaire de deux ou trois ans. De cette façon, l'orientation est simplifiée puisque : « À coup sûr, l'idiot est pour l'hospice. À coup sûr, le débile est pour l'école. » (*ibid.*, p. 113). Ici, l'accent est mis sur l'absence de parole du sujet. Nous verrons que cette dimension du « hors-langage », associée à l'archaïque, reste une problématique cruciale de nos pratiques actuelles.

Mais, comme nous le présentons plus haut, dans l'interstice de cette dichotomie anormaux d'école/anormaux d'hospice va se dessiner l'assise du champ bien spécifique de l'enfance inadaptée. Patrice Pinell et Markos Zafiroopoulos (1978) observent en effet que les préoccupations socio-politiques de l'époque, à savoir le maintien de l'ordre et la productivité industrielle, vont nécessiter de nouvelles déclinaisons institutionnelles. Avec le dépistage de cette population d'enfants débiles, largement stigmatisée comme étant issue des classes populaires, la classe dominante aurait alors vu la nécessité de l'avènement de l'éducation spécialisée, afin « d'assurer la socialisation de ceux qu'on lui confie, de les adapter aux besoins de la société » (*op. cit.*, p. 24). Là où l'asile et l'école manqueraient de compétence, surtout avec la division récente soins/instruction, la

nouvelle voie du champ médico-social se dessine, même si Pinell et Zafirooulos ne constatent son expansion qu'un demi-siècle plus tard.

La conception de l'idiotie de Binet et Simon s'appuie sur l'idée d'un processus évolutif qui contredit le principe aliéniste d'arrêt de développement. Ils proposent l'idée de « lenteur d'évolution » et de développement partiel et différencié d'un sujet à l'autre. La « rupture d'équilibre » serait pour eux le phénomène « qui constitue en partie l'anormal » (1907, *op. cit.*, p. 18-20). Alors, ils préconisent que l'acte éducatif s'intéresse à « des facultés déjà développées, ces aptitudes qui s'affirment » (*ibid.*, p. 22). En outre, ils insistent auprès des enseignants pour que la « paresse » et le « défaut d'application » ne soient plus directement liés au constat de signes de faiblesse d'intelligence, rompant avec des représentations que nous avons pu lire à maintes reprises chez les aliénistes.

Les « anormaux d'école » sont donc présentés comme « perfectibles » et « capables d'arriver à gagner partiellement leur vie » (*ibid.*, p. 108). C'était une forte préoccupation d'Édouard Séguin et de Désiré-Magloire Bourneville que de voir ceux qu'ils accueillait s'améliorer jusqu'à pouvoir accéder au travail. Claude Wacjman (2013) nous rappelle que Bourneville avait aussi envisagé et proposé que les classes de perfectionnement soient transitoires, à l'interface du soin et de la pédagogie pour que les enfants internés, sans aucune sélection, soient « relevés de l'asile vers l'école » (*op. cit.*, p. 160).

Mais il s'avère que pour Binet et Simon, les sujets très déficitaires manquent justement d'aptitudes à développer :

Nous éliminerons également ici les idiots les plus gravement atteints, qui exigent un traitement médical incessant, ou qui sont éducatibles dans une proportion extrêmement faible ; ces sujets sont reçus dans les hôpitaux, hospices et asiles. (1907, *op. cit.*, p. 7)

L'éducabilité des idiots déficitaires est donc remise en cause, en même temps que cette notion s'affine. Celle-ci se détache peu à peu de « l'amélioration » proposée par Séguin, puisqu'il n'est plus question de regarder le sujet dans sa globalité mais de s'intéresser à des performances instrumentales précises. La capacité à accomplir des gestes de la vie quotidienne n'est plus du ressort d'une démarche éducative. Binet et Simon commencent ici à hiérarchiser les acquisitions en soutenant la notion d'instruction. Mais, avec cette distinction, l'apprentissage des gestes du quotidien se trouve déprécié :

C'est pure folie d'apprendre, pendant six et huit années d'efforts, les lettres à un enfant qui n'arrivera jamais à lire complètement, et qui, quand même il saurait lire, ne pourrait rien comprendre à ce qu'il lit. À ce malheureux, il suffira, certainement, de donner des leçons pour lui apprendre à manger, à se vêtir, à marcher, à faire de petits travaux simples comme du balayage et du nettoyage. Il s'agira moins d'écoles que de *garderies*. Elles coûteront moins cher à établir, surtout si on les place à la campagne. On concentrera les efforts de l'éducateur sur des anormaux qui sont moins profondément atteints, et ce sont ceux-là seulement que l'on cherchera à instruire. (*ibid.*, p. 107-108)

On relève ici encore la confusion des institutions de relégation des idiots. Pour Binet et Simon, les « anormaux d'asile » sont des « déchéants », à « l'existence inutile » :

Qu'on ait amélioré des idiots, admettons-le sans peine ; mais combien cette amélioration perd de son importance si la plupart de ces idiots sont destinés à passer leur vie entière dans l'asile, où ils seront nourris dans une oisiveté absolue, et où par conséquent l'administration insouciant ne tirera aucun parti de ce qui leur a été appris au prix de si grands efforts ! (*ibid.*, p. 183-184)

Après la dynamique instaurée par Édouard Séguin et Désiré-Magloire Bourneville, qui avançaient que tous les enfants leur étant confiés, chacun à son rythme et à son niveau, étaient susceptibles d'être « améliorés » et pouvaient bénéficier d'une démarche éducative, le positionnement d'Alfred Binet et de Théodore Simon vient remettre en question l'utilité de l'éducation des sujets déficitaires. En effet, il n'apparaît pas que ce soit le processus d'éducabilité qui soit ainsi contredit mais bien sa finalité, dans la mesure où cette démarche doit être rentable pour la collectivité, afin de pouvoir « tirer parti » des efforts engagés. Nous pourrions rapprocher cette idée de celle des « bras capables » inutilisés, avancée par Séguin qui avait alors trouvé les mots opportuns pour attirer l'intérêt des pouvoirs publics. Elle nous évoque aussi les interprétations du récent concept d'autonomie qui se déclinerait en performances évaluables. Enfin, elle met en exergue la différence entre « utilitarisme » et « capacité », puisque le registre utilitariste de Binet et Simon ne leur permet pas d'envisager que le sujet puisse trouver satisfaction à accomplir des actes en harmonie avec sa possibilité d'agir et de faire des choix en ce sens (Pachoud, 2018 *b*). Ainsi, Binet et Simon s'éloignent du sujet pour ne considérer ses capacités que d'un point de vue utilitaire et quantifiable, en évaluant quelle pourrait être sa valeur en termes de services à rendre à la société. Il nous semble que la position de

Séguin était assez proche de celle-ci, et que Bourneville, lui, tendait à envisager avec plus d'empathie la valorisation du bien-être du sujet parmi les autres.

Si la définition de l'incurabilité est sans équivoque, celle de l'éducabilité se prête alors à de multiples interprétations. Car, au-delà d'accéder à des savoir-faire rudimentaires au moyen d'apprentissages éducatifs, pour Binet et Simon, être éduqué consiste aussi à être en mesure de maîtriser les codes sociaux et moraux jusqu'à savoir réfréner pulsions et angoisses envahissantes, qui seraient du registre médical. C'est d'ailleurs en s'appuyant sur le danger d'une possible révolution sociale qu'ils prônent l'intervention de la science dans la vie quotidienne d'un peuple présenté comme mal régulé. La fonction civilisatrice d'appropriation des valeurs morales de l'école et de l'instruction est soulignée (Pinell, 1995), l'intelligence étant alors désignée en tant que facteur d'adaptation sociale, au-delà des performances mnésiques et d'apprentissage des élèves. C'est au moyen de ce critère de « rendement social » que Binet et Simon vont contredire les conceptions cliniques des aliénistes en démontrant leurs carences et leur manque de résultat. Avec cette notion de rendement, celle de la rentabilité de l'éducation des idiots sera donc posée. Ce changement de politique, qui plaide pour favoriser le déploiement des moyens envers les anormaux « perfectibles » n'a pas échappé à Yves Pélicier et Guy Thuillier :

On ne peut juger de l'efficacité ou du rendement de l'école de Bicêtre uniquement par le nombre d'enfants pouvant exercer normalement un métier : le critère est absurde s'agissant d'idiots et d'imbéciles qui auront dans leur grande majorité besoin d'être *toujours* assistés... Et que signifient ces notions de rendement ? (*op. cit.*, p. 121)

C'est donc à partir de ce recours à l'institution scolaire, qui ouvrira les portes de l'école à de nombreux enfants déficients intellectuels, que se refermeront celles de l'asile sur les enfants les plus déficitaires pour de nombreuses décennies. De nouveau, l'éducabilité semble se mêler à la notion d'incurabilité dans la mesure où tout effort « d'amélioration » du sujet apparaît jugé comme inutile du fait d'un « rendement » non évaluable.

En outre, l'intervention de Binet et Simon écartera les médecins de l'école en les renvoyant, eux aussi, vers l'asile, auprès des incurables. Pour Jacques Hochmann (2009), leur position politique est sans équivoque :

Défenseurs de l'institution scolaire, ils cherchent à protéger son domaine contre les empiètements de l'autorité médicale. Bourneville voulait « médicaliser » le traitement des idiots et affirmer la « prépondérance » du médecin jusque dans ces « classes spéciales » qu'il rêvait d'annexer aux écoles. Binet et Simon s'approprient son projet (sans citer, on l'a vu, leurs sources) et obtiennent la création, à Paris, de trois premières classes expérimentales pour « anormaux », dont ils excluent soigneusement le médecin, pour les placer sous la responsabilité de l'inspecteur de l'enseignement primaire. (*op. cit.*, p. 155)

Nous retrouvons bien ici les prémisses de la « bataille de l'autisme » commentée par Hochmann mais aussi de la mécompréhension qui divise le champ médico-social et pédagogique du champ sanitaire, encore à l'œuvre aujourd'hui dans nos institutions.

Lorsqu'Alfred Binet et Théodore Simon ont contesté l'éducabilité des idiots, il s'agissait davantage de réfuter leur potentialité à être instruits. En effet, l'éducabilité se distingue de l'instruction, même si à cette époque, les deux notions n'étaient pas autant différenciées qu'aujourd'hui. Pour Mireille Cifali (2005), qui distingue éducation, thérapie et instruction, l'acte d'éduquer serait dispensé dans un souhait de transformation du sujet visant essentiellement à son amélioration et consisterait à « permettre à un être en impuissance de devenir un homme et une femme inscrit dans la société qui l'a vu naître ; instruire c'est transformer par l'accès au savoir constitué par cette même société » (p. 27).

Pour elle, l'enseignement se joue sur la « scène du Savoir » qui permettrait au sujet d'accéder au raisonnement par le biais de la symbolisation. Mais si le savoir est structurant pour le sujet, c'est avant tout parce qu'il lui permet d'intégrer la réalité du monde qui l'entoure et auquel il se confronte. « Chacun peut en espérer un surcroît d'être et pas seulement d'avoir » (*ibid.*, p. 205), écrit Mireille Cifali. Elle écrit aussi que l'enseignement, au-delà d'une transmission de savoir, permet au sujet de devenir un sujet social au sein d'une institution en tant que lieu d'échanges mais aussi de contraintes. En outre, enseigner consisterait à s'engager dans une relation intersubjective et à faire tiers entre le savoir et le moi du sujet.

Mais de quel sujet parle-t-on ? Il nous semble en effet que pour accéder au savoir et donc à l'instruction, le moi de l'enfant doit déjà être suffisamment élaboré et différencié, comme le souligne, avec réserve, Mireille Cifali :

Demander à un enfant qui se confond avec le monde, ne s'y retrouve ni dans son corps, ni dans son sexe, ni dans ses filiations, de raisonner avec des symboles, c'est l'exposer à rencontrer des difficultés dans le registre du savoir. Il faut avoir pu se détacher de l'objet, lui donner une existence hors de soi, être un "Je" qui exprime ses désarrois en son nom, pour accéder à la manipulation des symboles. (*ibid.*, p. 207)

C'est sur ce point qu'auraient achoppé les médecins et pédagogues du XIX<sup>ème</sup> siècle. Nous déroulerons plus loin le cas clinique de Monsieur C. Nous reviennent ici les souvenirs de ses anciens soignants qui le décrivaient capable lorsqu'il était enfant, entre deux « tourbillons » d'agitation destructive, de situer les départements français sur une carte. Nous verrons que ses acquisitions provenaient d'une mobilisation familiale afin de se dégager de la sidération provoquée par son handicap. C'était en 1960. Nous imaginons qu'il aurait tout aussi bien pu apprendre les données de l'annuaire, les classifications botaniques ou les constellations planétaires. Aujourd'hui, nous savons qu'il s'agit de conduites associées à des préoccupations répétitives, telles qu'on les observe chez certains autistes. Il est certain qu'elles ne constituaient pas un accès au savoir susceptible de lui permettre de symboliser sa place dans le monde. Mais peut-être que sa performance lui permettait de trouver une place parmi les autres, à ce moment précis. Il y avait des enjeux relationnels dans la valorisation de Monsieur C. lorsqu'il réalisait ainsi son exercice de prodige. Les soignants rapportaient l'étonnement et le plaisir que leur procurait une telle démonstration. Sa mère nous racontait les mêmes scènes avec une certaine fierté. C'était aussi un moyen de stopper l'agitation très envahissante chez cet enfant, en lui portant une attention toute particulière. Sa mère ajoutait : « il aurait pu faire des études s'il n'avait pas été aussi handicapé ». Devenu adulte et vieillissant, apaisé mais aussi très replié sur lui-même, Monsieur C. ne parlait plus et ne réagissait plus aux sollicitations lorsqu'était énoncée cette liste de départements. Il préférait porter à la bouche et tenter d'incorporer le jeu de construction en bois que lui tendait sa vieille mère venue lui rendre visite...

Instruire et éduquer n'ont pas les mêmes finalités, mais les pratiques s'entrecroisent si l'on considère qu'elles s'appuient toutes deux sur une rencontre intersubjective. L'instruction serait du registre du savoir et l'éducation serait de celui de la relation. Cette dualité implique pourtant que ces deux positions puissent être dialectiques. C'est leur délicate articulation qui entraînerait toute la complexité des pratiques éducatives et de

leur définition dans leurs spécificités. Le métier d'enseignant a évolué avec les avancées de la pédagogie et cette frontière apparaissait davantage infranchissable au début de l'instruction obligatoire. Ainsi, ne s'engager que dans une relation de transmission de savoir ne pouvait qu'aboutir au déni du sujet et donc à l'émergence de la violence.

Mireille Cifali s'appuie sur Alice Miller pour écrire que l'acte éducatif a longtemps été une « compulsion à éduquer avec ses fausses rationalisations » (*ibid.*, p. 17).

Séguin exerçait à Bicêtre en tant qu'instituteur. Il nous a livré certains éléments contre-transférentiels qu'il lui arrivait de saisir lorsqu'il était engagé dans une relation éducative, nous avons aussi pu retrouver chez lui des affirmations certainement étayées par sa propre histoire et sa relation intime à l'autorité du « Maître ».

Au siècle suivant, l'avènement de la psychanalyse a eu comme bénéfice de mettre à jour les mécanismes inconscients de ceux qui font le choix de devenir éducateur. L'éducation est maintenant perçue comme un moyen de soutenir la construction psychique d'un enfant, à condition qu'elle soit suffisamment pensée envers le sujet qui la reçoit. L'idée d'amélioration, commune à l'instruction et à l'éducation, est certainement l'orientation qui a permis de dégager l'éducabilité de l'incurabilité.



## SYNTHÈSE CONCLUSIVE

Dans le prolongement de Philippe Pinel, l'aliéniste Jean-Étienne Esquirol a contribué à ce qu'un regard soit porté sur la situation asilaire des idiots. Il témoigne de ses rencontres avec les malades tout en soulignant leur *inquiétante étrangeté* et leurs comportements induits par une sensorialité envahissante, mais aussi certainement par les funestes conditions de vie de l'asile. Déchus depuis l'Antiquité, la question de leur place sociale s'est de nouveau posée avec les travaux d'Esquirol. En adoptant une position philanthropique, il a offert aux idiots la possibilité de faire reconnaître leur humanité, autant que celle des aliénés a pu l'être à cette époque. Mais fort de ses préceptes organicistes, Esquirol a instauré de façon durable les principes d'incurabilité et d'inéducabilité chez les idiots. Ainsi, tout en les incluant parmi les hommes, il les excluait des possibles bénéfiques du traitement moral et les exposait à la mésinscription dans le contexte panoptique de l'asile. En outre, les aliénistes étant en pleine conquête d'un pouvoir politique, maintenir les idiots au sein de l'asile pouvait avoir aussi l'avantage de conserver un fort taux de population sous leur tutelle, qui plus est au moindre coût concernant le gardiennage autoritaire des pavillons d'idiots.

Bénédict-Augustin Morel a introduit un changement de paradigme avec sa théorie de la dégénérescence. Placer l'hérédité au premier plan de la survenue de l'idiotie au sein des familles a engendré leur forte stigmatisation, en particulier des classes sociales les moins favorisées. En désignant l'idiotie comme une dépravation extrême de l'espèce humaine, il a renforcé l'idée d'un processus inéluctable et il a provoqué ainsi une modification des normes sociétales. Dès lors, la place des idiots se retrouvait-elle encore remise en cause, qu'il s'agisse de leur maintien au sein de l'asile ou de leur appartenance à « la grande et unique famille du genre humain » (Morel, *op. cit.*, p. 72). La théorie de la dégénérescence a ainsi ranimé une pensée eugéniste dont les principes seront circonduits en Europe. En préconisant une prise en charge hygiéniste des familles défavorisées et le renforcement de la moralité, Morel s'est prononcé pour un accès à l'éducation de tous. Mais en plaçant les idiots dans un statut liminaire, la question de leur éducabilité semblait loin de s'imposer, même si Félix Voisin tentait alors de développer une approche orthophrénique en insistant notamment sur la nécessité de combattre la potentielle dangerosité d'un idiot non éduqué.

La proposition d'Edouard Séguin a eu pour effet de démontrer que les enfants idiots étaient « améliorables » au moyen de sa méthode intensive. Celle-ci visait à contrer l'inutilité des idiots pour leur redonner une place sociale au moyen d'une rééducation promettant une mise au travail des patients les moins déficitaires. Cette proposition a marqué le début d'une démarche de normalisation pour les sujets déficitaires, dont l'adaptation comportementale aux usages sociaux serait l'unique condition à leur potentielle intégration.

Les assises politiques et médicales de Désiré-Magloire Bourneville ont pu renforcer la nécessité de l'assistance des idiots. Bien qu'il ne minimise pas leur potentielle dangerosité, il les déresponsabilise en s'appuyant sur la nécessité de leur accès aux soins et à l'éducation. Contemporain de Jules Ferry, Bourneville semble s'être démené auprès des instances, qu'il s'agisse de l'Assistance publique ou du ministère de l'Instruction publique afin de faire reconnaître la spécificité de l'idiotie pour un accueil entre l'asile et l'école. Tout en insistant sur la nécessité d'accorder à l'idiot une place parmi les autres, Bourneville semble avoir réussi à contrer des représentations collectives néfastes et résistantes, mais aussi à imposer l'évidence de leur éducatibilité.

À sa suite, Alfred Binet et Théodore Simon ont marqué une nouvelle étape en hiérarchisant les acquisitions des enfants déficients, démarche qui a donné naissance à la notion d'arriération chez l'enfant. En renforçant une certaine nécessité de rendement de l'acte éducatif, la primauté de l'instruction à l'école a eu pour effet d'annihiler les avancées de Séguin et de Bourneville en assimilant les sujets les plus déficitaires à des anormaux d'asile.

Cette évolution a pris plus d'un siècle et s'est montrée fragilisée à plusieurs périodes, notamment lorsque la question de l'utilité du sujet déficient ressurgissait au fil de l'histoire. Nous ne pouvons que constater encore aujourd'hui les effets de cet héritage idéologique, même si le principe d'amélioration ne fait maintenant plus défaut, en particulier dans les institutions accueillant des enfants. Il reste à s'entendre sur les effets attendus de cette amélioration du sujet : s'agit-il de le contraindre à adopter un comportement adéquat, au vu des convenances culturelles et sociales collectives

auxquelles il conviendrait de se conformer, afin que celui-ci puisse être accueilli parmi ses semblables ?

*Alors, je voudrais savoir pourquoi on oblige encore Christian à mettre la table. Il s'en fiche complètement. Et puis on sait très bien qu'il ne vivra jamais tout seul. On ne peut pas lui foutre la paix ? À moins que vous vouliez qu'après, on essaye de lui apprendre à parler anglais ?*

C'est ainsi qu'une aide médico-psychologique a lancé une discussion fort animée à l'occasion d'une séance d'analyse des pratiques. Les uns défendaient le principe d'une stimulation rééducative de tous les instants, en particulier par l'implication des accueillis dans la vie quotidienne, les autres préféraient envisager que ceux-ci aient droit à une vie de confort en réponse à leur grande dépendance. Cette fois, nous n'aurons pas dénoué cette divergence, si tant est qu'elle puisse l'être un jour. En outre, un conflit de cette nature révèle une équipe au travail puisque le sens des pratiques y est questionné, et qu'il montre que chaque intervenant s'approprie subjectivement le projet institutionnel.

Ici, cet échange fait écho à la notion ancienne d'amélioration. À l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée, l'équipe éducative, intervenant au quotidien auprès des accueillis, n'était pas particulièrement formée ou spécialisée en psychiatrie. Cette équipe était essentiellement composée de moniteurs-éducateurs et d'aides médico-psychologiques. Leurs formations, basées sur des conceptions éducatives, les amenaient à envisager le sujet dans ses potentialités de progression et d'accès à l'autonomie. Mais, rapidement, l'équipe s'est heurtée à la dimension de chronicité très prégnante en psychiatrie, notamment lorsqu'il s'agit de sujets institutionnalisés. Se dégager de cet aspect en s'appuyant sur une dynamique éducative a certainement permis aux professionnels de se protéger de l'étrangeté et de l'archaïque. Il s'agissait tout autant de contrer des représentations peu engageantes du travail en maison d'accueil spécialisée qui s'organise autour de soins de maternage, souvent déconsidérés chez les professionnels lorsqu'ils ne les envisagent que dans leur dimension technique de *nursing*. Ainsi, constater un progrès chez une personne déficitaire, si minime qu'il soit, constitue une gratification des efforts que le professionnel déploie au quotidien pour ne pas, lui aussi, se laisser atteindre par la chronicité. Cette notion de progrès est toujours à questionner dans la mesure où bien souvent, il s'agit d'un mouvement vers la normalisation. Savoir se laver, savoir s'habiller, manger proprement ou porter des chaussures sont des résultats attendus pour que l'autre

puisse un tant soit peu nous ressembler et qu'il puisse se rapprocher d'une image idéale attendue dans une société basée sur l'uniformisation et la norme.

La fascination d'Esquirol pour les comportements singuliers de ses patients, la condamnation de Morel des dégénérés s'éloignant des standards socialement attendus et la recherche d'amélioration des idiots via l'accès à l'éducation se rejoignent dans le souci de la réduction de la différence. Tout au long de ce XIX<sup>ème</sup> siècle en pleine mutation, s'écarter des conventions sociales n'était toujours pas acceptable et générait de l'exclusion lorsque cet écart n'était pas réductible.

Ce phénomène n'a pas émergé au XIX<sup>ème</sup> siècle, il n'est que la continuité des constructions sociales anciennes, voire antiques, à propos de la déficience. Les *Essais d'anthropologie historique* d'Henri-Jacques Stiker (1982) nous montrent l'évolution de notre positionnement collectif à l'égard de l'anormalité, en révélant de fréquents croisements avec notre rapport à la monstruosité. Les pratiques d'exposition d'enfants difformes à l'Antiquité et la vérité surnaturelle accordée à la parole du fou inscrivent historiquement l'anormalité dans la dimension fantastique des croyances, souvent de l'ordre du divin. Sans s'effacer, elle se modifiera au Moyen-Âge dont les « bigarades sociales » ouvrent, pour Henri-Jacques Stiker, de nouvelles voies d'accès à l'altérité. Néanmoins tout écart à la norme n'en reste pas moins monstrueux, même si ses délimitations se transforment alors.

Les travaux de John Locke (1689) ont précédé de plus d'un siècle ceux des aliénistes. Ses *Essais sur l'entendement humain* ne se sont pas penchés de façon approfondie sur la question de l'anormalité, mais ils l'ont influencée. Stiker (1982) nous montre que John Locke situe le sujet privé de « la faculté de raisonner » entre l'homme et la bête, l'affiliant ainsi au monstre. Nous reconnaissons aussi ici le concept de liminalité, développé bien plus tard par Robert-F. Murphy (1990), que nous évoquerons en fin de thèse. Henri-Jacques Stiker relève en particulier l'interrogation de John Locke quant à la preuve de l'humanité des *imbécilles*. Il remarque en outre que cette catégorie des *imbécilles* citée par Locke correspondrait davantage à celle de sujets gravement déficitaires, et serait donc éloignée de « l'imbécillité » d'abord décrite par Esquirol, puis au sein de nos manuels de médecine moderne. Il rappelle toutefois que « Ceci ne saurait atténuer la netteté de l'affirmation qu'il y a des « imbéciles » qui ne sont pas humains pleinement. » (p. 128).

Pour Henri-Jacques Stiker, la pensée de John Locke est un indicateur de l'évolution du traitement des anormaux en Europe, dont la ségrégation s'est organisée au XVII<sup>ème</sup> siècle. Si l'appartenance à l'humanité se catégorise par son accès à la raison, ceux qui déraisonnent ou qui se trouvent aux prises avec le déficit en seraient alors exclus. Dans le prolongement de l'opposition raison/déraison proposée par Michel Foucault (1972), Stiker souligne le lien entre « l'incapacité à reconnaître que les imbéciles soient des humains et l'enfermement des fous ».

Dans un tel contexte et en tenant également compte du long cheminement de l'accès à l'éducation pour tous, y inclure ceux que l'on réduit à la monstruosité, à l'inhumanité, s'avère donc de l'ordre de l'inconcevable. Henri-Jacques Stiker nous montre pourtant des évolutions marquantes au cours du XVIII<sup>ème</sup> siècle : la charité s'organise, la médecine commence à « redresser » les corps infirmes et l'on met au travail ceux dont la force de production est jugée rentable. C'est aussi le moment où le pouvoir médical se développe. Plus précisément, Henri-Jacques Stiker situe la rupture à 1770, lorsque l'administration royale commence à indemniser les médecins et qu'un nouvel espace asilaire s'élabore : c'est à partir de cette date que va s'amorcer la notion d'expertise de l'avis médical pour les fous et les idiots. Philippe Pinel entre à Bicêtre en 1793 et l'asile se spécialise. Au-delà de la médicalisation de la folie que Stiker observe, celui-ci met surtout l'accent sur le développement du « contrôle social par une sorte d'encadrement moral » (*ibid.*, p. 139).

Le traitement du thème de l'éducation par Roland Gori (2013), qui se veut plus global et politique, a fortement résonné avec notre lecture des travaux sur l'éducabilité des idiots :

Car il ne faut pas se priver de le répéter, cette éducation généralisée de notre société, dont je crains qu'elle n'ait que peu de liens avec la pédagogie véritable, ne comporte aucune espèce d'ambition émancipatrice. Son but n'est autre que celui de l'adaptation, adaptation à des formes constituées qui privent le vivant de cette normativité essentielle qui lui permet de créer ses propres normes. C'est le grand enseignement de Canguilhem, la vie crée ses propres normes. Dans cette passion pédagogique qui incite à l'apprentissage d'habiletés cognitives et sociales, qui réduit l'enseignement à l'acquisition de compétences, c'est l'aptitude humaine à inventer du nouveau, à partir de l'accidentel et du contingent, en faisant de *l'imprévisible* son miel, qui se trouve compromise. L'idéal de ce type d'éducation, c'est l'acquisition automatique des réponses automatiques à des situations automatiques, c'est l'automatisme de la machine ou de l'ordinateur. (p. 253-254)

Soutenir la subjectivité de celui qui montre un état profondément déficitaire correspond, selon nous, à l'idée de le soutenir dans la création de ses propres normes. La volonté des précurseurs des éducateurs était de voir l'idiot mieux traité et intégré au sein d'une société devenant de plus en plus excluante. Même si certains d'entre eux ont pu s'intéresser à la question de l'imprévisible, ils se sont davantage attachés à trouver des solutions pour que l'idiot puisse l'éviter plutôt que de s'en accommoder. Ils n'auront pu que s'appuyer sur sa potentielle utilité instrumentale et matérielle pour l'amener à se plier à la normativité sociale qui se déployait alors, comme nous avons pu le voir à propos du succès de la théorie de la dégénérescence.

Le principe d'émancipation du sujet n'a pas été accessible à cette époque et ce n'est que dans une dimension toute relative que nous la verrons se déployer au siècle suivant. Ainsi, inscrire nos pratiques dans cette continuité nous permet d'interroger leur sens plus finement, pour nous permettre de proposer aux équipes de s'engager dans l'acte éducatif auprès du sujet déficitaire avec discernement.

Ne pas pouvoir proposer de solutions de restauration de l'efficacité cognitive pour des sujets très gravement lésés a confronté les médecins à une impuissance ancienne et résistante. Se prononcer en faveur d'un diagnostic d'incurabilité aura commencé à circonscrire leur champ d'intervention tout en admettant ses limites. Mais si cette incurabilité écartait les idiots du bénéfice du traitement moral, leur place institutionnelle a été questionnée à plusieurs reprises, tout comme la fonction de l'asile qui se devait d'être autant un lieu de soin et d'assistance qu'un lieu de mise à l'écart afin de garantir un ordre social potentiellement menacé par la dangerosité du sujet aux débordements pulsionnels mal contrôlés.

L'imbrication des notions d'incurabilité et d'inéducabilité apparaît également jointe à l'histoire du développement de la médecine et de la place politique et sociale du médecin au fil de l'histoire. Sa recherche d'omnipotence après la Révolution, tant auprès du pouvoir en place qu'au sein des foyers, aura contribué à placer sous sa responsabilité cette combinaison de la santé du sujet mais aussi de sa vie sociale. Dès lors, admettre l'incurabilité du sujet déficitaire excluait de fait qu'il puisse s'inscrire dans la civilisation. Tout au long du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'éducabilité n'apparaît pas être un concept clairement défini et spécifié par les médecins. Forts de l'héritage des Lumières, les pédagogues s'en empareront et le développeront pour défendre l'instruction obligatoire pour tous, mesure qui rejoint les positions républicaines et sociales des médecins de l'époque. Les idiots ne

seront que très peu concernés par ces enjeux, dans la mesure où leurs déficits trop envahissants et leurs attitudes archaïques ne leur permettent pas d'accéder à l'école. Pour les renvoyer vers l'asile, Binet et Simon insistent sur leur état pathologique qui nécessiterait des soins, mais surtout une contention. Pourtant, nous l'avons vu, les médecins se sont appuyés sur leur incurabilité pour mettre en doute leur place au sein d'un lieu de soin. C'est une autre liminalité qui se dessine ici et le vingtième siècle permettra le développement du secteur médico-social sous l'impulsion d'associations de familles. Ainsi s'ouvriront des lieux d'accueil que l'on pourrait qualifier de liminaux, au seuil du sanitaire comme à celui de l'institution scolaire. Nous allons maintenant nous intéresser à leur développement et à l'évolution des conceptions de la déficience et des pathologies de type archaïque au cours du XX<sup>ème</sup> siècle.

## I.2. DES APPROCHES MODERNES QUI NE LE SERAIENT DÉJÀ PLUS

Une nuit de fin d'hiver, le cœur de Monsieur I. s'est arrêté. On ne saurait dire pourquoi cette nuit-là plutôt qu'une autre. Il allait avoir 63 ans.

Il était arrivé à l'hôpital à l'âge de 14 ans, en 1967, placé d'office par le Préfet pour sa dangerosité. Incendiaire, fugeur, voleur, agressif, des qualificatifs repris par le médecin peu après son entrée qui diagnostiquera une « turbulence » accompagnant son « arriération mentale du niveau de l'idiotie ». Jusqu'alors, il vivait avec son jumeau dans une famille d'accueil, les enfants y avaient été placés par l'Assistance publique de la Seine. Les temps qui ont suivi son admission, c'est sans succès que l'hôpital a demandé son transfert vers son département d'origine.

On pouvait penser que l'asile était son terrain de jeu tant il en connaissait les moindres recoins. Sa quête de petits objets brillants, mais aussi de mégots était son occupation principale et il développait des trésors d'ingéniosité pour la satisfaire. Il avait ainsi le don de la subtilisation, jusqu'à parfois disparaître lui-même en parvenant à prendre la poudre d'escampette bien que les portes de l'institution soient toujours fermées et sécurisées. On finissait par le retrouver, en explorateur du parc ou jusque dans la cuisine d'un logement de fonction, souvent sans comprendre comment il avait pu arriver là.

Il avait un mouvement bien à lui. Recroquevillé et assis sur ses talons, il semblait à l'affût tout en sachant passer inaperçu. Lorsqu'il avait repéré l'objet convoité, il surgissait de nulle part et d'un geste précis et rapide, il arrachait sans ménagement le bijou d'un cou ou d'une oreille, le bouton d'une veste, le trousseau de clés d'une main. Durant un temps, une affichette avait été placée à l'entrée de l'institution pour prévenir les visiteurs de prendre garde à leurs bijoux et autres quincailleries.

Les objets ainsi gagnés n'étaient pas des trophées. Parfois il les mettait en bouche et pouvait les ingérer ou il les gardait dans sa poche, mais il ne tardait pas à être happé par une nouvelle découverte et à oublier celui qu'il possédait déjà. C'était la quête qui semblait l'animer. Il ne s'impliquait ni dans la vie collective, ni dans les actes de la vie quotidienne et toute son énergie était investie dans cette chasse au trésor.



Il avait une mémoire spatiale très structurée par les objets et les lieux propices aux trouvailles. Un objet attirait sa convoitise et se trouvait donc repéré, puis il pouvait se passer un certain temps jusqu'à ce qu'il trouve l'opportunité de s'en emparer. Certains lieux du parc et de l'hôpital lui étaient également familiers. Les fugues de Monsieur I. étaient réputées et nous savions que cinquante ans de pratique lui donnaient l'avantage de ne jamais s'égarer, d'autant plus qu'il y privilégiait certains sites, peut-être en fonction des trouvailles qu'il avait pu y faire par le passé.

Son habileté manuelle était fascinante. Même dans l'immobilité, ses doigts étaient toujours en mouvement, non sans nous rappeler des manipulations autistiques. Dès qu'il s'en emparait, il savait démonter toutes sortes d'objets avec une grande rapidité, les appareils électriques – même branchés sur le secteur – ou les objets mécaniques susceptibles de contenir de petites pièces ayant sa prédilection. Casser l'objet et découvrir son contenu lui procuraient une grande excitation, son visage s'éclairait à ce moment précis. Nous avons alors tenté de lui proposer des activités à médiation où il aurait pu valoriser sa dextérité manuelle mais il déclinait nos invitations, ce n'était apparemment pas le plaisir de bricoler qu'il recherchait mais bien celui d'extirper la pièce d'un contenant pour l'attirer à lui jusqu'à parfois l'ingérer.

Nous ferons lien ici avec les comportements de coprophagie où Monsieur I. extirpait les fèces de son corps pour ensuite les ingérer, mouvements qui se multipliaient lorsque celui-ci se trouvait empêché dans ses quêtes selon les rigidités institutionnelles du moment. Il arrivait en effet que selon les équipes, les méfaits de Monsieur I. soient plus ou moins bien supportés dans la mesure où ils généraient des dégâts matériels et des mises en danger par ses ingestions ou le risque d'électrocution.

Ainsi, une fois, profitant de l'agitation d'une fête institutionnelle, il s'était glissé subrepticement dans le bureau des éducateurs où il avait dérobé plusieurs paquets de cigarettes qu'il avait aussitôt dévorées. Les infirmiers l'avaient conduit aux urgences de l'hôpital général mais rien n'avait été révélé d'inquiétant. C'était son plaisir, à Monsieur I., de manger des cigarettes comme si elles étaient en chocolat. Il se jetait compulsivement dessus et ne les fumait pas. Lorsqu'il était de sortie, il pouvait nettoyer un trottoir en un temps record pour ingurgiter tous les mégots crasseux ou chaparder la cigarette allumée d'un promeneur. Parfois il nous bousculait pour sortir au jardin s'il repérait les déchets d'un fumoir. Lors de ces moments, il ne nous répondait plus et nous n'avions plus aucun accès à sa subjectivité.

Alors chaque jour, après les repas, nous lui offrons une cigarette à manger. Le filtre auparavant supprimé par celui qui lui donnait, il l'épluchait soigneusement pour en ôter le papier et se délectait du tabac en montrant une grande satisfaction. Cette idée avait été longuement discutée par les intervenants de la maison d'accueil spécialisée tant elle leur semblait insolite. Il avait été convenu que lui offrir des cigarettes « propres » et débarrassées du filtre pourrait le satisfaire peut-être un peu plus sainement, voire lui permettre de renoncer à sa quête du mégot abandonné. C'était aussi une pratique ancienne en psychiatrie où les chiqueurs étaient nombreux par le passé. De plus, la légende raconte qu'il fut un temps où les infirmiers-gardiens s'amusaient à jeter des mégots à Monsieur I. Tel un récit légendaire, cette image troublante circulait et se transmettait dès qu'un nouvel intervenant venait à s'occuper de lui, comme pour justifier de l'étrangeté assumée de ses collations.

Son projet personnalisé n'était pas très élaboré. Monsieur I. ne se maintenait pas parmi les autres, il n'adhérait à aucune activité à médiation. Il pouvait s'habiller seul, mettre la table ou desservir, mais il avait visiblement acquis la notion de compliance pour se plier à l'exercice sans jamais montrer de satisfaction.

Il était arrivé à la maison d'accueil spécialisée avec une recommandation de contention, ce sont ses comportements de coprophagie qui étaient mis en exergue. Très vite libéré, ceux-ci s'étaient atténués au profit de ses quêtes d'objets et de ses échappées. Ainsi Monsieur I. passait ses journées seul et vagabondait dans toute l'institution lorsqu'il ne trouvait pas à en sortir.

Le diagnostic de sa pathologie n'a jamais été discuté. Il était établi qu'il avait une déficience intellectuelle profonde d'origine probablement congénitale, assortie d'un défaut des acquisitions élémentaires, de troubles psychomoteurs et du langage. Son visage n'était pas marqué par le handicap. Il était assez lisse et expressif, il s'éclairait dès qu'il repérait l'objet qui allait retenir toute son attention. Il était silencieux, on le voyait sourire ou montrer de la contrariété mais il ne riait pas aux éclats et ne pleurait pas. Il ne criait pas non plus même si parfois, notamment lorsqu'il était empêché, il pouvait émettre de petits sons assourdis. Il se retournait lorsque nous l'appelions, sauf s'il était mobilisé par une acquisition. Il lui arrivait de serrer la main qu'on lui tendait dans un échange de regard. La plupart du temps, il se déplaçait au sol, sur les fesses. Après son arrivée à la maison d'accueil spécialisée, les professionnels avaient déployé beaucoup d'énergie pour

s'asseoir sur une chaise et marcher sur ses deux jambes. Bien qu'il reste assez recroquevillé, il lui arrivait de recourir spontanément à ces postures, et c'est en courant qu'il s'élançait dehors.

Pendant de nombreuses années, sa compulsion à s'accaparer les petits objets et ses déambulations incessantes n'ont pas été interrogées sur un versant pathologique. Elles étaient davantage perçues comme son activité occupationnelle ancienne et habituelle. Son goût pour les mégots était aussi banalisé, comme le serait une appétence pour un fromage fort ou du *rollmops*. Monsieur I. n'exprimait pas de souffrance de façon bruyante ou voyante et de ce fait, nous convenions collectivement qu'il avait ainsi trouvé une certaine stabilité.

Longtemps nous avons pensé que l'autre n'existait pas pour Monsieur I., qu'il n'était, en quelque sorte, qu'un présentoir à bijoux. Dans les premiers temps suivant son accueil, se précipiter ainsi vers nous pour arracher bijou ou bouton nous renvoyait forcément aux codes de l'agression sidérante, d'une confrontation agresseur-agressé. Nous avions l'idée qu'il ne choisissait pas ses victimes. Mais l'événement est devenu peu à peu prévisible et sa répétition quotidienne en a modifié les enjeux. Le larcin s'est transformé en jeu. Nous réussissions à contrecarrer ses stratégies d'approche et finalement à prendre plaisir à les faire échouer. Inversement, lorsqu'il s'enfuyait victorieux et l'objet à la main, il nous semblait voir Monsieur I. sourire de nous avoir déconcertés. Ainsi, d'abord perçu comme agressif et potentiellement dangereux, Monsieur I. nous a entraînés dans une relation ludique où il semblait avoir repéré la singularité de chacun d'entre nous – professionnels et résidents – selon nos capacités à réagir mais aussi selon la qualité de la réponse que nous pouvions lui faire. Tout nouveau visiteur était également susceptible d'être ainsi accueilli par Monsieur I., le directeur de l'hôpital ou la représentante de l'ARS ne faisant pas exception.

Ce n'est qu'à la fin de sa vie que la situation de Monsieur I. s'est complexifiée et que ses comportements interrogeaient. Ceux-ci n'avaient pas changé, mais l'institution s'était rigidifiée suite à des travaux d'embellissement et de décoration. Il n'était alors plus toléré que Monsieur I. démonte une chasse d'eau, une poignée de porte rutilante ou le précieux diffuseur aromathérapique. Encore moins qu'il arrache les boutons des vêtements ou les nouveaux bijoux de sa voisine de couloir, dont la mère pouvait se plaindre. Les membres de l'équipe dénonçaient alors la « destructivité » de Monsieur I., ses *mises en danger* au contact d'objets devenus gravement tranchants ou pointus ou son « agressivité »

employée pour bijouter l'autre. Une sédation fut mise en place pour apaiser ce qui a alors été désigné comme des « troubles du comportement » et peu avant son décès, son maintien au fauteuil par contention était de rigueur chaque après-midi.

Ses funérailles ont eu lieu dans la chapelle de l'hôpital avec une petite dizaine d'intervenants l'ayant accompagné au quotidien, ainsi que sa tutrice. Les aumôniers de l'hôpital ont mené la cérémonie où les professionnels sont intervenus en tenant la place désignée aux proches du défunt. Son jumeau était là. Nous ne l'avions jamais vu en douze ans, même si son dossier évoquait des visites lorsqu'ils étaient plus jeunes alors que Monsieur I. était hospitalisé. Nous l'appelions de temps en temps pour lui donner des nouvelles, il nous disait son intention de venir en visite mais ne le faisait pas. Nous en déduisions qu'il était empêché. Il s'est montré fort ému aux obsèques de son frère. Après l'inhumation dans le cimetière de l'hôpital, lorsque nous l'avons rencontré, il ne cessait de s'excuser de n'être pas venu le voir lorsque nous l'invitions :

« Mais vous comprenez, c'est dur pour moi. Là, tout remonte... On a été abandonnés et chez la nourrice, il nous faisait peur. Il se sauvait et disparaissait pendant des jours, il mettait le feu, il cassait tout. Quand on était petits, il a même voulu me noyer dans la baignoire. Alors c'est dur de repenser à tout ça. Mais je vous crois quand vous dites qu'il était plus calme, c'était sa place à l'hôpital, il ne fallait pas qu'il reste avec nous. »

Quelques mois plus tard, nous découvrirent une plaque funéraire avec l'inscription « À mon frère » déposée sur la sépulture de Monsieur I. Nous n'en saurons pas beaucoup plus, ni sur l'histoire de la maladie, ni sur l'histoire familiale. Le frère de Monsieur I. n'a pas davantage répondu à nos invitations après sa disparition.

Si nous savons peu des conditions de placement des jumeaux, alors âgés de six ans, leur statut de pupille de l'État et le bref récit du frère nous amènent à déduire qu'ils ont été confrontés à une situation de séparation précoce dont celui-ci semble encore souffrir. Nous n'avons pas d'éléments sur l'apparition de la maladie chez Monsieur I. lorsqu'il était enfant. Nous ne connaissons pas les circonstances de sa naissance ni l'évolution de sa petite enfance. Il n'y a pas de notion d'encéphalopathie ni de comitialité même si dans son dossier, l'origine congénitale de ses troubles est supposée. De 1967 à 2016, le diagnostic d'arriération/déficience mentale profonde est resté immuable. La présence de

mécanismes de type autistique n'a jamais été discutée et en 2016, nous découvrons un diagnostic de cleptomanie associé à celui de déficience profonde.

Pourtant, les brèves descriptions de son frère et la « turbulence » indiquée dans son dossier d'admission nous renvoient à de possibles états de « décharges explosives » (Tustin, 1977, p. 28). Ainsi, le jeune Monsieur I. aurait-il été aux prises avec des angoisses insupportables, toujours présentes à l'âge adulte tout en étant mieux circonscrites ? Nous le disions plus haut, sa pathologie n'était pas si bruyante et l'apparence facétieuse de ses comportements est longtemps restée au premier plan, aussi parce que les intervenants s'appuyaient sur un mode de communication ludique avec lui. Mais en affinant nos observations à partir de la clinique de l'autisme, nous obtenons de nouvelles pistes de compréhension quant à la présentation de Monsieur I.

S'il pouvait rester immobile jusqu'à se faire oublier, il ne semblait pourtant en aucun cas au repos. Il repérait toutes les caractéristiques de son environnement où il restait en tension. Penser que l'espace était un vaste terrain de jeux était notre interprétation collective, mais il s'avère qu'il n'investissait aucun lieu – certainement pas sa chambre – et que l'espace ne semblait jamais le contenir puisqu'il cherchait sans cesse le moyen de s'en échapper. Son impossibilité à être contenu nous amène ici à faire lien avec sa situation abandonnique et la probable carence de soins de maternage contenant susceptibles d'accueillir ses angoisses archaïques. Avec cet éclairage et en nous appuyant sur le concept de « terreur sans nom » développé par Wilfried R. Bion (1967), le « terrain de jeux » devient un espace terrifiant dont Monsieur I. se protège en se maintenant à l'affût et en s'emparant de l'opportunité de fuir.

Il ne donne pas de fonctionnalité aux objets. L'intérieur d'un transistor ou d'une chasse d'eau n'est qu'un assemblage de pièces dont il va s'emparer en forçant l'ouverture du contenant de façon compulsive. Ici nous retrouvons la fonction de l'objet autistique, le non-moi que Monsieur I. va intégrer en le serrant dans sa main, en le glissant contre lui dans sa poche ou en l'ingérant. Lors de l'arrachage, il se trouve alors dans une grande tension qui s'apaise aussitôt une fois l'objet ainsi intériorisé. Comme pour les matières fécales qu'il extirpe de son corps, les ingestions de petits objets et de mégots traduisent une expérience orale archaïque hyperstimulée par la matière choisie, soit par leur dureté, leur reflet ou leur goût et leur odeur.

Sa capacité à s'inscrire dans une brève relation ludique nous montre qu'il différencie les objets inanimés des vivants et que nous existons indépendamment de lui. S'il semblait parfaitement nous comprendre lorsque l'on s'adressait à lui, son absence de parole et de transmission d'émotion l'inscrivait dans le champ d'une non-communication de type autistique. Ainsi, tenter de mettre du jeu lorsqu'il cherchait à s'emparer d'un objet, c'était y mettre de la relation pour peut-être lui permettre de s'engager dans un processus davantage transitionnel qu'autistique.

Sa grande indépendance dans ses déplacements et dans ses quêtes contrastait d'avec sa dépendance pour les actes de la vie quotidienne. Il montrait des capacités cognitives certaines par son repérage dans le temps et dans l'espace, son ingéniosité du démontage et sa perspicacité pour saisir le moment-clé lui permettant une échappée. À l'inverse, il se montrait apragmatique dans des situations sociales ou éducatives. L'absence de langage verbal et d'apprentissages complète ce tableau dysharmonique.

Nous avons choisi le cas clinique de Monsieur I. pour introduire ce chapitre car très fréquemment les intervenants de la maison d'accueil spécialisée ont interrogé le sens d'une vie passée à l'hôpital. Et bien souvent, ils évoquaient Monsieur I. en le rêvant serrurier ou au moins ouvrier d'ESAT<sup>22</sup>, dans un atelier spécialisé de quincaillerie. Nombre de collègues étaient convaincus qu'avec une prise en charge précoce, ses compétences auraient pu être développées et que la relégation à l'asile dès ses quatorze ans avait provoqué une sédimentation et l'appauvrissement de son efficacité cognitive. Son apparence physique peu marquée – il était d'une élégance remarquable les jours de fête institutionnelle –, l'ingéniosité de ses comportements et la tournure ludique qu'ils avaient pu prendre permettaient une certaine identification des intervenants et des projections quant à sa subjectivité. La situation de Monsieur I. nous renvoie à la représentation des « bras capables » de Séguin, lorsqu'il dénonçait l'inactivité et l'abandon dont étaient victimes les idiots accueillis à l'asile au XIX<sup>ème</sup> siècle.

Faisons un saut dans le temps, pour nous intéresser à la seconde moitié du vingtième siècle – période où nos jeunes patients ont commencé à être accueillis à l'hôpital psychiatrique – puisque l'existence de Monsieur I. est contemporaine des nombreuses avancées françaises pour la prise en charge des personnes atteintes de déficience

---

<sup>22</sup> Établissement ou service d'aide par le travail

intellectuelle. Nous verrons alors que la mise au travail a été une orientation très importante des années soixante-dix, alors qu'en parallèle, non sans opposition, se développaient des lieux de vie alternatifs aux accueils asilaires que, pourtant, la psychothérapie institutionnelle tentait d'améliorer.

Là encore, nous ne pouvons refaire l'histoire et nous ne pouvons rendre compte des raisons du maintien dans l'institution de Monsieur I. pendant cinquante ans. Est-ce que la dangerosité signalée à son placement lui a valu perpétuité ? D'après son dossier, il est resté peu de temps au service des enfants inéducables, alors que d'autres y ont été maintenus bien plus longtemps. Il a été orienté dans un service pour adultes dès l'âge de seize ans, probablement du fait de ses comportements compulsifs et peu contrôlables. Dès lors, nous recueillons très peu d'observations cliniques. Il semble qu'il se soit fait oublier, par une hyperadaptation à son environnement et que sa présence dans l'institution n'ait pas été questionnée. En l'absence d'une famille, quel soignant aurait pu envisager qu'un autre lieu de vie ou même qu'un autre style de vie puisse lui convenir jusqu'à faire aboutir favorablement ce projet ? Est-ce son apparente indifférence qui n'a pas donné accès à une relation privilégiée dans ce grand collectif qu'était alors l'asile non humanisé ? Est-ce que c'est son fonctionnement autistique et les mécanismes de défense développés pour faire face à l'angoisse qui l'en ont empêché à bas bruit, puisqu'ils n'étaient ni diagnostiqués, ni dans l'opportunité d'être traités ? Était-il déjà trop déficitaire à vingt ans, voire à trente ans pour accéder à un processus d'éducabilité ? Était-il relégué, dans un service de longue évolution dont les portes ne s'ouvraient plus ?

Ce sont des questions d'aujourd'hui et il est bien compliqué d'y répondre, surtout lorsque nous replaçons la biographie de Monsieur I. dans son contexte historique et institutionnel. À partir des années cinquante, en France, la psychiatrie, la pédopsychiatrie et la neuropsychiatrie sont des disciplines dont le développement a peu à peu permis un affinement des diagnostics et des traitements de la déficience. Les encéphalopathies, congénitales ou non, ont pu être isolées et leurs évolutions mieux connues et classifiées. L'idée de la nécessité d'un dépistage précoce et de la prise en charge rééducative qui s'ensuit s'est également installée progressivement, même si les moyens institutionnels s'avéraient encore peu adéquats et disparates selon les régions. C'est dans ce mouvement que le Département a confié l'ouverture du Service des enfants inéducables à l'hôpital que nous étudions, en 1957.

Comme pour Monsieur F., il semblerait que Monsieur I. soit né un peu trop tôt. Si son époque était propice à de nouvelles approches de la déficience et de la psychose infantile et si le service des enfants inéducables était réputé comme novateur, les unités de psychiatrie adulte ne se sont transformées que très lentement au fil des années, notamment avec l'instauration de la sectorisation. En outre, le principe fondamental d'aujourd'hui qui dicte que l'hôpital soit avant tout un lieu de soin et de traitement des états aigus, et non un lieu de vie, semble bien loin de la culture institutionnelle émergente des récits du passé. Ainsi, si Monsieur I. vagabondait librement dans l'institution au gré de ses trouvailles, s'il ne montrait aucun signe bruyant de souffrance, l'on pouvait penser qu'il y avait trouvé asile. C'est bien la rigidification des contraintes institutionnelles qui entraînait son mal-être, alors visible à travers ses comportements de coprophagie et des passages à l'acte sous tension vers les objets susceptibles de le compléter.

Les approches que nous allons découvrir dans ce chapitre auraient pu correspondre à Monsieur I., s'il avait eu l'opportunité d'être orienté. Il est certain que d'autres en ont bénéficié, en particulier les sujets moins déficitaires et troublés qui eux, ont pu accéder à des centres d'aide par le travail et à des lieux de vie extrahospitaliers.

Notre regard va donc s'arrêter sur quelques innovations qui, selon nous, ont eu un impact sur l'évolution des pratiques, des conceptions théoriques, culturelles et institutionnelles de la déficience intellectuelle en France.

Il s'agit d'abord du recours au travail et à la production en tant que moyen d'autonomisation du sujet, tant sociale que psychique. Si cette perspective était déjà bien présente au XIX<sup>ème</sup> siècle, nous verrons que le contexte historique des Trente glorieuses lui a offert des assises socio-économiques, celles-ci s'étant considérablement fragilisées aujourd'hui.

Nous nous intéresserons ensuite à des approches originales, les *tentatives* de Fernand Deligny et le courant de la psychothérapie institutionnelle, que nous avons choisi d'exposer car elles révèlent le développement de la conception relationnelle d'une *praxis*, tout comme de celle de l'importance de l'accueil institutionnel du sujet. Si elles ont engagé les professionnels du soin et du secteur médico-social à penser leurs pratiques, nombre d'acteurs du XXI<sup>ème</sup> siècle dénoncent maintenant leur désagrégation face à l'emprise des logiques managériales, évaluatives et normatives.



### I.2.1. LA MISE AU TRAVAIL DES « DÉBILES PROFONDS »

Un bulletin des *Informations sociales* daté de 1958 nous apporte un état des lieux tant conceptuel qu'institutionnel de la situation des « débilés profonds » en France à cette époque. La revue rassemble des travaux présentés lors de « journées d'études sur la formation professionnelle, la mise au travail et l'insertion sociale du jeune débile profond semi-éducable »<sup>23</sup>. Le principe introductif soutient que grâce aux « progrès des techniques médico-psychologiques et éducatives » (p. 5), l'éducabilité de l'enfant déficient ne fait plus de doute et apparaît bien évolutive. Elle ne serait plus uniquement corrélée à son efficacité intellectuelle, mesurée par des méthodes de tests qui n'apporteraient qu'une vision partielle des capacités de l'enfant évalué. Alors que « les débilés profonds et les inéducables sont actuellement placés presque exclusivement dans des sections d'hôpitaux psychiatriques et dans quelques hospices spécialisés publics ou privés agréés ou non au titre de l'Aide sociale » (p. 4) et que les établissements spécialisés sont rares, voire exceptionnels, le nombre de lits et de places s'avère loin de couvrir la totalité des besoins recensés. Force est de constater que cette problématique a perduré dans le temps.

#### ANORMAUX TRAVAILLEURS/ANORMAUX D'ASILE

Le postulat de ces rencontres était donc d'envisager le devenir adulte des enfants avec déficience. Si la prise en charge institutionnelle des « jeunes débilés » continue d'être interrogée avec la possible amélioration du sujet malgré son incurabilité, la question de la place que la société pourrait leur accorder se pose en filigrane. Jusqu'alors, l'ouverture des classes de perfectionnement au début du siècle et les efforts déployés pour la rééducation des arriérés avaient pour principal objectif une mise au travail dans le contexte d'une vie « ordinaire ». En cas d'impossibilité, la perspective d'une vie institutionnelle – asilaire, de surcroît – s'imposait encore. La période des Trente glorieuses offre des perspectives bien différentes d'avec aujourd'hui, notamment parce

---

<sup>23</sup> Elles ont eu lieu les 29, 30 et 31 mai 1958 à Marvejols (en Lozère). « Ces journées étaient organisées par le Département de la Lozère avec le concours de l'Association régionale de Clermont-Ferrand pour la Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, la Société d'Hygiène mentale du Centre et l'Association nationale des Educateurs de jeunes inadaptés. La nouveauté du sujet traité et l'intérêt du programme y attirèrent un nombreux public de médecins, de juristes, d'éducateurs, de psychologues et d'assistantes sociales venus de toutes les régions de France et de plusieurs pays étrangers. » (Lebel, 1958, p. 2.)

que le plein emploi et l'expansion industrielle ont ouvert de larges possibilités de mise au travail pour toute personne dite « capable ». Le rôle inclusif et structurant du travail reste donc essentiel pour que le sujet puisse s'inscrire socialement dans la société. Autrement dit, le travail apparaît en tant que solution majeure pour ne pas se trouver désaffilié, l'exclusion du monde du travail ayant de surcroît un impact sur le lien social, déjà délicat à établir lorsqu'un sujet se trouve aux prises avec un handicap. Si le mot n'était alors pas à la mode, c'est bien la question de l'inclusion qui se pose ici. Au-delà de l'idée d'échapper à l'institutionnalisation, celle du sujet déficient trouvant une place sociale a émergé et les pratiques éducatives s'y sont alors attelées, en s'éloignant du soin pour réhabiliter le sujet plutôt que de le rétablir.

Pierre Doussinet (1958) différencie les notions de « récupération » et « d'adaptabilité ». La récupération aurait pour avantage de positiver le constat d'incurabilité, puisqu'il s'agit de développer chez l'enfant les aptitudes subsidiaires à ses carences. On retrouve ce terme et celui de « récupération sociale » chez plusieurs acteurs de la politique sectorielle en psychiatrie. Nous observons ici que la distinction entre la fonction médicale et la fonction rééducative s'est éclaircie :

Faute de pouvoir provoquer cette maturation cérébrale nous devons nous reconnaître, actuellement, incapables de guérir les arriérés. Le but est seulement de tendre vers la récupération de la plus grande partie de ces sujets, en stimulant, autant que faire se peut, les fonctions existantes — ce qui reste une tâche médicale — et en les utilisant au mieux — ce qui est une tâche rééducative.

La *récupération* de ces sujets doit s'entendre de leurs possibilités d'accéder à une participation sociale active grâce aux actions médico-pédagogiques combinées et, au besoin, à l'aménagement approprié du milieu. (p. 36)

L'adaptabilité impliquerait la flexibilité du sujet confronté à un milieu qui ne peut se modifier, tandis qu'un milieu aménagé permettrait d'avantager la récupération des capacités du sujet. Doussinet souligne la difficulté, voire l'impossibilité du débile à se conformer aux valeurs sociales, essentiellement en raison du manque de contrôle de son impulsivité et de son hyperémotivité. Sa dépendance à l'autre proviendrait sur ce point de son besoin d'être contenu. Un milieu aménagé soutiendrait donc mieux sa « participation sociale active ». Il confronte également les notions de perfectibilité et d'éducabilité. Si tout sujet, même extrêmement démuné, est accessible à des acquisitions dites « utiles » et serait ainsi perfectible, l'éducabilité concernerait plutôt ses capacités

d'adaptabilité à la vie sociale. En 1958, l'objet de l'action éducative s'est donc affiné et ne s'attacherait plus autant à des acquisitions scolaires. Nous reconnaissons ici les fondements de l'émergence du champ de l'éducation spécialisée. Pour Doussinet, l'action éducative ciblerait surtout l'adaptation du sujet aux convenances sociales dans le but de lui permettre de parvenir à une certaine autonomie liée à l'accès au travail. Il utilise le terme de « récupération sociale » (*ibid.*, p. 38).

L'éducation générale devra s'efforcer d'entreprendre davantage et de faire acquérir aux sujets des conduites de vie sociale en leur faisant contracter des habitudes soit par le jeu de l'imitation, soit par le dressage humanisé. Ces acquisitions du type conditionné n'en n'auront pas moins une importance tout à fait capitale pour la réussite de la participation sociale.

Si l'éducation des enfants normaux ou sub-normaux tend à leur faire conquérir l'indépendance et l'autonomie, sous toutes leurs formes, chez l'enfant de niveau inférieur, l'éducateur doit renoncer à ce grand objectif et, au contraire, tendre à faire accepter au sujet la dépendance dont il aura toujours besoin. (*ibid.*, p. 41)

Pierre Doussinet défend sa volonté d'une intégration du sujet déficient parmi les autres, il désigne déjà l'indépendance et l'autonomie en tant que valeurs garantes de son humanisation tout en suggérant l'impossibilité pour « l'enfant de niveau inférieur » de se passer d'un recours à l'assistance sociale. Lorsqu'ils étudient les déclinaisons du processus d'inclusion, Jean-François Ravaud et Henri-Jacques Stiker (2000) soulignent le rapport de dépendance qui se crée entre l'assisté et son bienfaiteur, comme Robert Castel le remarquait déjà. Mais pour eux, l'assistance produit aussi un effet « d'*inclusion conditionnelle* » (p. 9) en protégeant tout de même le sujet de l'exclusion sociale dont il pourrait souffrir du fait de son impossibilité à accéder à l'indépendance. Ainsi, être objet d'assistance consisterait à être considéré en tant que sujet social. Que les pouvoirs publics s'accordent sur le besoin d'assistance d'une personne démunie, c'est aussi la considérer en tant que sujet parmi les autres, même si elle se trouve affiliée à cette place d'assistée. Nous verrons avec les travaux de Fleur Michel (2009) que l'espace social dévolu aux personnes handicapées fut long à s'imposer dans nos civilisations, qui les ont longtemps déniées. Pour Patrice Pinell et Markos Zafiroopoulos (1978), l'adaptation sociale serait avant tout une « technologie de maintien de l'ordre social, économiquement rentable » (p. 26), l'inadaptation restant toujours intimement liée à la potentielle dangerosité de sujets aux débordements pulsionnels mal contrôlés, *a fortiori* issus des milieux populaires, représentation vouée à évoluer dans le temps.

À l'aube de la Cinquième République, si les mutilés de guerre ou les accidentés du travail peuvent bénéficier de reconnaissance et d'une possible réhabilitation sociale, les sujets avec une déficience intellectuelle ou une pathologie psychiatrique restent en marge du fait de l'absence d'un projet politique inclusif généralisé, tel que nous le voyons se développer aujourd'hui. À cette époque, ils ne pouvaient encore que produire les efforts nécessaires pour s'adapter au monde, condition presque unique d'une vie hors de l'asile. La démarche éducative et sociale a donc été construite avec l'idée de contraindre le sujet en allant à l'encontre d'une subjectivation trop singulière et non conforme, la question des conduites et du contrôle des pulsions apparaissant comme un enjeu incontournable. Les techniques d'imitation et de conditionnement se sont donc imposées avec cette orientation. Elles étaient déjà le fer de lance d'Edouard Séguin et des aliénistes, qui tentaient d'amener les idiots à contrôler leurs « penchants inférieurs » (Voisin, 1843, p. 11).

C'est aussi la période où de nouvelles associations vont se créer sous l'impulsion des familles d'enfants handicapés, à la situation socio-culturelle plutôt favorisée et bien intégrée au sein d'une classe politique dominante. Critiquant et stigmatisant de plus en plus le traitement asilaire des arriérés mentaux, elles proposent d'apporter des financements privés pour la création des structures spécialisées. Celles-ci se développeront donc à côté des institutions scolaires et asilaires. Patrice Pinell et Markos Zafiroopoulos nous rappellent qu'en 1957, l'État va réserver le monopole de la création des IMP<sup>24</sup> aux associations et non aux hôpitaux psychiatriques, cette mesure représentant une économie budgétaire non négligeable pour les pouvoirs publics. Par ce mouvement, les discours autour de la déficience intellectuelle évoluent et tentent d'éloigner des représentations collectives dévalorisantes afin d'éviter notamment la question des origines sociales des jeunes débiles. D'autre part, avec la présence des pédopsychiatres, émerge la notion de valeur thérapeutique des activités à vocation éducative et sociale. C'est ainsi que la mise au travail va devenir un outil de soin et de rééducation, en plus de sa finalité d'adaptation sociale. Pinell et Zafiroopoulos dénoncent alors une « dissimulation des relations existant entre les diverses formes de débilité et l'origine sociale des sujets

---

<sup>24</sup> Instituts Médico-Pédagogiques

que produit le discours savant », mais aussi le camouflage sous couvert des discours sur l'adaptation d'une « production d'un prolétariat handicapé » (*op. cit.*, p. 29).

La finalité d'un possible avenir professionnel pour l'enfant déficient est donc venue étayer les pratiques éducatives, renforcées par une société en changement dont les modes de production permettaient alors d'accéder à l'aménagement d'une organisation de travail avec des postes simplifiés. « Il faudra organiser des schémas de comportement applicables dans toutes les situations simples, ils tiendront lieu d'adaptation. », expose le docteur Bascou<sup>25</sup>. Il décline trois axes d'intervention : la « maturation générale de l'individu », la « réduction des comportements anormaux » et la « formation caractérielle » (1958, p. 58-59). L'apprentissage de gestes simples par la répétition et la décomposition du mouvement, le combat de certains défauts moteurs comme la lenteur et la « malhabileté » constituent le programme d'une « formation gestuelle », la « formation caractérielle » devant développer « l'intérêt au travail ». Les principes généraux de cette démarche éducative seraient d'amener l'enfant à appréhender la vie de façon pragmatique pour « apprendre non un métier mais à travailler » (*ibid.*, p. 66). Ces apprentissages vont alors être soutenus par la création des IMPro<sup>26</sup>, institution transitoire pour les adolescents sortant d'IMP et destinés à grossir les rangs des travailleurs des CAT, ce que Zafirooulos (1981) nomme « la filière pédagogique-productive ».

L'abbé Lucien Oziol (1958), célèbre fondateur de l'association du « Clos du Nid », défend ainsi l'orientation vers le travail de ceux qui étaient trop déficitaires pour acquérir des apprentissages scolaires, mais qui pouvaient néanmoins échapper à un destin asilaire :

Certes, ils n'y apprendront pas un métier, car ils n'auront jamais assez d'expérience et d'esprit de synthèse, pour devenir de vrais ouvriers, mais malgré tout, ils deviendront aptes à rendre de réels services dans l'artisanat rural. (p. 101)

La loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés prévoit la possibilité de créer des ateliers protégés qui adapteraient les modes de production aux handicaps des travailleurs. Cette perspective s'est déjà développée en Europe et commence à voir le jour en France, qui jusqu'alors n'offrait surtout que l'agriculture comme secteur possible d'insertion par le travail. Markos Zafirooulos

---

<sup>25</sup> Le docteur Bascou était un pédopsychiatre proche de l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés), influente association de parents fondée en 1961.

<sup>26</sup> Institut Médico-professionnel.

(1981) rappelle que ce sont à nouveau les associations à financements privés qui se sont emparées du projet, cette option d'accueil des adultes handicapés représentant un faible coût, tant en investissement qu'en frais de fonctionnement. Il avance à ce sujet que l'orientation éducative des IMP vers la formation au travail aurait été élaborée compte tenu de cette structuration du circuit associatif, de l'IMP vers le CAT. Il propose ainsi la prise en compte de la prépondérance du fondement économique dans la construction du paysage institutionnel français, mais aussi dans les orientations psychopédagogiques et éducatives, la question du budget impactant avec force celle de la vie du sujet :

Mais l'hospitalisation est bien un devenir de mort. C'est-à-dire qu'il n'y a que la mort qui délivrera l'enfant arriéré de toute une vie d'asile. Les frais correspondant à son asilation sont économiquement également des frais de mort, à l'inverse de sa scolarisation au sein d'un IMP qui pourra faire de lui un travailleur handicapé, mais un travailleur quand même. (*op. cit.*, p. 84)

Avec ce « processus de normalisation » axé sur la mise au travail, nous percevons aussi l'espoir de voir le champ social s'élargir à de nombreux sujets jusqu'alors relégués du fait de leur impossibilité d'accéder à l'instruction scolaire. Mais cette solution d'intégration par le travail vient finalement éloigner le sujet d'une réelle inclusion sociale. L'abbé Oziol exprime ainsi ses réserves à l'égard des ateliers protégés :

Vous avez pu comprendre, que mon premier but était de donner une personnalité à nos enfants, de donner à leur vie une note humaine, de faire en sorte qu'ils ne soient pas considérés comme des « parias », et mis à l'index de la société. Ce sont ces raisons qui m'empêchent d'envisager momentanément la formule des « ateliers protégés ». (*op. cit.*, p. 101)

L'effet ségrégationniste de l'institutionnalisation des personnes handicapées a fréquemment été dénoncé au fil du développement des institutions spécialisées dans l'histoire. Jean-François Ravaud et Henri-Jacques Stiker (2000) observent que les ateliers protégés, comme les instituts éducatifs ou les transports adaptés ont pour effet une « mise à part » qui contribue à la construction sociale d'un « type idéal » où toute anomalie n'a pas sa place. Ils relativisent toutefois ce constat en soulevant le paradoxe de la finalité inclusive de ces dispositifs, puisqu'il s'agit de former et d'amener la personne handicapée au plus près de la société ordinaire, les institutions spécialisées visant à « l'inclusion différée » (*op. cit.*, p. 7-8) des enfants qu'elles accueillent.

Nous observions qu'un grand nombre d'enfants déficients, les « anormaux d'école », avaient pu accéder à l'école en se révélant « éducatibles », avec la loi du 15 avril 1909 et les préceptes d'Alfred Binet et de Théodore Simon. La notion de « rendement social » était alors au-devant des préoccupations et des conceptions. Un demi-siècle plus tard, cette idée de productivité s'inscrit dans un contexte d'expansion économique qui va permettre la mise au travail et une certaine inclusion, que nous pourrions qualifier de participative à l'élan des Trente glorieuses. Ainsi de nouveaux enfants, trop déficitaires pour bénéficier d'une place à l'école, vont pouvoir accéder au statut d'enfant « semi-éducatible ».

La mise au travail est fréquemment décrite du point de vue de l'assujettissement des travailleurs handicapés et d'une normalisation restreignant leur positionnement subjectif authentique et créatif. Toutefois, elle a sans aucun doute contribué à modifier les représentations collectives, l'identité de travailleur prenant l'avantage sur les préjugés de fainéantise ou d'oisiveté couramment véhiculés par la déficience. C'est donc aussi un changement de perspective qui entraîne un glissement identificatoire, de la figure de l'arriéré vers celle de l'ouvrier, beaucoup plus assimilable, pour ne pas dire aimable.

Pour revenir à Pierre Doussinet, il tend à nous rassurer quant à la condition de ceux qui ne s'avèrent encore pas suffisamment « performants » pour accéder à cet état de « semi-éducatible ». Il apporte une précision qui nous montre un positionnement différent de « l'utilisation des idiots » prônée autrefois par les aliénistes. Ça n'est pas tant la productivité du sujet qui prime, comme lorsque Séguin évoquait les « bras capables », c'est davantage sa « participation sociale », qu'il définit avec quelques nuances pour ce qui est de la productivité matériellement rentable du sujet :

Les Sociétés de Croix Marine ont remarqué qu'une participation improductive pour la Société pouvait être productive pour les intéressés. [...] C'est pourquoi nous croyons qu'il faut demander aux éducateurs de considérer des arriérés de très bas niveau comme *éducatibles* pour une participation sociale improductive, pour une assistance familiale organisée dans le milieu social. (*op. cit.*, p. 46)

Nous savons avec l'évolution de l'histoire, en particulier avec la crise économique de 1973 suite au premier choc pétrolier, que l'ouverture du plein emploi va se refermer progressivement et que l'industrie va se moderniser et se techniciser, puis se mondialiser.

Les lois du marché rendent l'accès à l'emploi de plus en plus sélectif et pour les travailleurs handicapés, « rendre service » n'est plus valorisable. C'est une expression que nous avons souvent retrouvée à propos de l'emploi des sujets déficitaires dans le milieu ordinaire et qui illustre bien les limites de leur adaptabilité à une société qui s'accélère. Le monde du travail va ainsi perdre son caractère d'intégrabilité et va peu à peu devenir un secteur d'exclusion. Les ESAT vont également devoir se plier à l'évolution des modes de production en étant soumis à la concurrence et aux contraintes budgétaires, et eux aussi deviendront de plus en plus sélectifs dans le recrutement de leurs travailleurs.

Que la mise au travail des adultes déficients intellectuels soit devenue peu à peu anachronique n'a pas pour autant amoindri les contraintes normatives qui incombent à leur place au sein d'une société se consolidant autour d'un idéal de performance. Le concept d'autonomie va peu à peu venir organiser le champ des pratiques éducatives, prenant en quelque sorte le relais de l'accès au travail dans cette nécessité de savoir-faire, mais aussi de réussir.

#### ANORMAUX AUTONOMES/ANORMAUX DÉPENDANTS

Le XXI<sup>ème</sup> siècle voit de nouvelles stratégies se développer en matière d'emploi des personnes en situation de handicap, notamment avec les politiques d'inclusion contemporaines. De plus en plus, les pratiques privilégient l'insertion des personnes en milieu ordinaire, ce qui provoque une rupture d'avec les pratiques professionnelles du milieu protégé propre au champ médico-social dont nous venons d'évoquer les fondements historiques. Bernard Pachoud met en évidence les changements radicaux provoqués par cette nouvelle approche qui rencontre quelques résistances en France. Le premier changement est le mode d'action :

Alors que ces dernières [*les approches traditionnelles*] reposent sur la progressivité et le réentraînement préalables à l'insertion en milieu de travail ordinaire, et respectent le principe, qui semble de bon sens, du « *Train and place* » (entraîner ou former puis réinsérer), l'approche alternative revendique et opère le renversement de ce principe, qui devient « *Place and train* » : insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail. Il s'agit donc d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires qui tendent à différer indéfiniment le retour à l'emploi



réel, mais d'assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail.  
(2014, p. 13)

En outre, la révolution serait organisationnelle, puisqu'elle tend à écarter les équipes expertes pluridisciplinaires issues du milieu spécialisé ou sanitaire pour laisser la main aux conseillers d'insertion, davantage implantés et impliqués dans le secteur professionnel. Ceux-ci peuvent ainsi proposer un accompagnement personnalisé moins asymétrique auprès de la personne, dont la relation d'aide s'appuie sur sa capacité, son rapport subjectif au travail et son « auto-détermination ». Bernard Pachoud fait ici référence à la notion d'*empowerment* (*ibid.*, p. 15). Enfin, celui-ci insiste beaucoup sur « la notion de pratique fondée sur des valeurs » qui implique un net changement de paradigme d'avec « les pratiques fondées sur le savoir » :

Ces deux fondements renvoient eux-mêmes à la distinction philosophique entre les faits (qui relèvent de la connaissance empirique, donc de la science) et les valeurs (qui relèvent d'un autre domaine). Cependant, le développement d'une médecine de plus en plus scientifique et technique a conduit à se focaliser sur l'exigence d'optimisation du savoir, illustré par le mouvement de « *la médecine fondée sur les preuves* », en tendant à négliger le rôle des valeurs, qui restent présentes pour définir le but des soins, mais implicites (et donc à l'arrière-plan), tenues (en partie à tort) pour évidentes et partagées. (Pachoud, 2018 *a*, p. 24)

Ainsi, ce n'est qu'à condition de ne plus s'attacher à la guérison du patient, mais à son mieux-être pour que la personne puisse « accomplir ce qui lui importe » que ce renversement du savoir vers les valeurs pourra s'opérer (*ibid*). C'est le principe de l'approche par les capacités que nous avons évoquée précédemment (Pachoud, 2018 *b*).

Il nous semble que Pierre Doussinet aurait pu amorcer ce virage en 1958, lorsqu'il évoquait la récupération de la personne vers sa « participation sociale active ». Mais à cette époque, le secteur médico-social était alors en plein essor avec la volonté forte d'instituer un milieu protecteur sous la vigilance d'équipe de professionnels qui accédaient justement à la formation pour devenir des « experts ».

Notre expérience de terrain en institution nous permet d'observer le chemin qu'il reste à parcourir. Nous constatons en effet la prolongation de la division anormaux d'école/anormaux d'hospice, avec la possibilité pour ceux dont la capacité est déjà développée d'accéder au milieu ordinaire, tandis que d'autres personnes, davantage en difficulté dans ce domaine, resteraient assignées à la vie en institution. Ce n'est qu'à la

condition d'une modification du fondement des pratiques de celles-ci, mais aussi des politiques sociales, que le principe de capabilité pourrait se déployer en s'appuyant sur de nouvelles valeurs autres que l'utilitarisme (Pachoud, 2018 *a*). Encore faut-il être prudent, dans la mesure où cette notion d'*empowerment*, qui nous vient d'outre-Atlantique, pourrait inscrire le sujet dans une nouvelle injonction, celle de la responsabilité de soi-même. Ainsi, dans le même registre que les débats portant sur la notion de résilience, il appartiendrait au sujet de contraindre sa souffrance et sa difficulté à se conformer aux normes sociales, de moins en moins tolérantes vis-à-vis de la déviance et de l'anormalité. Qu'en est-il alors de la personne qui, malgré un accompagnement, ne parvient à se dégager de mécanismes de répétition envahissants l'entraînant dans des conduites d'échec ?

La recherche-action de Tiphaine Joubert et de José Seknadjé-Askénazi (2016) traite du processus d'insertion sociale et professionnelle pour les jeunes avec déficience intellectuelle accueillis en IMPro. Ils interrogent la notion d'employabilité en milieu ordinaire, qui s'avère délicate au vu du contexte socio-économique actuel de forte concurrence :

Notre première hypothèse est alors que si le contexte d'employabilité en milieu ordinaire devient de plus en plus en plus difficile, l'inscription de l'IMPro dans un réseau partenarial devient nécessaire pour favoriser les passerelles en cours de formation, promouvoir l'embauche, relier formation professionnelle et insertion sociale. Pour qu'on n'en reste pas à tout prix sur la seule question d'une entrée dans le monde du travail, mais qu'on vise au-delà celle de l'accomplissement personnel. Notre deuxième hypothèse (la plus importante) est que les personnes en situation de handicap mental ont des fonctionnements spécifiques et divers, et que donc ces spécificités rendent particulièrement intéressante une formation sur le long terme. Ainsi par exemple une validation des acquis de l'expérience sur le moyen terme permettrait-elle d'élargir le champ des possibilités d'emploi. Cela supposerait un pilotage à la fois construit et souple de la part des directeurs d'établissement. (2016 *a*, p 269-270)

Ils soulignent la spécificité de la déficience intellectuelle, qui s'inscrirait davantage dans une dynamique de « *train and place* » plutôt que l'inverse (Pachoud, 2014), puisqu'ils énoncent qu'une formation complète, et sur le long terme, donne de meilleurs résultats d'insertion, notamment sociale. Ils observent également que « la situation de handicap intellectuel des jeunes ne permet que rarement d'envisager des intégrations professionnelles dans les entreprises ordinaires » (Joubert & Seknadjé-Askénazi, 2016 *b*,

p. 205) et que ceux-ci seront plus fréquemment admis en ESAT, leur insertion sociale devant alors se réaliser avec d'autres appuis que l'insertion professionnelle. Toutefois, la possibilité d'obtenir une validation des acquis professionnels basés sur l'expérience représente une nouvelle chance pour ces jeunes d'accéder au monde du travail ordinaire, à condition que sa transformation s'opère en ce sens. Les IMPro se rapprochent d'ailleurs de plus en plus des lycées professionnels et des référentiels des CAP<sup>27</sup> (*ibid.*, p. 215-216). Au-delà de la maîtrise de gestes professionnels, il reste essentiel d'amener ces jeunes à travailler sur une estime d'eux-mêmes suffisamment forte pour accéder à un « sentiment de satisfaction personnelle » (*ibid.*, p. 203) mais aussi pour « développer des compétences d'interaction » (*ibid.*, p. 206) et des habiletés concernant la vie pratique. Les auteurs insistent sur la nécessité pour les directeurs d'IMPro de soutenir le processus d'insertion sociale de ces jeunes afin qu'une situation d'emploi leur soit accessible et durable. Ainsi, en plus du contexte environnemental constitué par la famille, le marché de l'emploi et le terrain, il apparaît primordial de tenir compte de la singularité de la dimension intrasubjective du jeune accueilli en IMPro pour l'élaboration d'un projet qu'il puisse s'approprier pleinement afin de préserver la cohérence de sa trajectoire en lien avec sa construction identitaire. Ainsi montrent-ils qu'un changement de pratiques s'opère peu à peu, de façon certes hétérogène d'une institution à une autre, en laissant entrevoir la nécessité de penser l'insertion différemment.

Toutefois, leur constat révèle également que de nos jours, des adolescents sont orientés tardivement en IMPro après avoir été inclus dans des dispositifs scolaires de droit commun sans être parvenus, à l'âge de seize ans, à accéder à une formation ordinaire et professionnalisante. Ils alertent quant à la récente évolution de la population accueillie en IMPro, nombre de jeunes montrant des pathologies ou des handicaps de plus en plus déficitaires (2016 a, p. 255). Ne s'agirait-il pas de ceux qui restent dépendants d'une protection institutionnelle, alors que d'autres seraient susceptibles de trouver leur place en milieu ordinaire ? Après l'accès à l'école et l'accès au travail, le nouveau pari de l'inclusion se transforme peu à peu vers l'accès à la cité. En nous dégageant du principe d'insertion utilitariste, l'essentiel serait dorénavant de pouvoir vivre parmi les autres en développant suffisamment d'habiletés au quotidien pour subvenir à nos besoins fondamentaux. Les nouveaux axes de travail des IMPro semblent d'ailleurs se développer autour de ce principe d'autonomie, qui retrouverait ainsi sa signification première. Si tel

---

<sup>27</sup> Certificat d'aptitude professionnelle

est le cas, ne nous dirigeons-nous pas vers une nouvelle dichotomie anormaux autonomes/anormaux dépendants ? Car ici, la question cruciale posée par la déficience intellectuelle nous apparaît être celle de l'autonomie, au sens d'émancipation, qui rencontre le récent concept d'autodétermination. À propos des personnes avec déficience intellectuelle, ce paradigme s'appuie sur leurs droits, en les incitant à faire des choix personnels. Il ne s'agirait donc plus d'intervenir pour contrôler ni pour que la personne se transforme et s'adapte aux normes sociétales, mais bien de respecter son altérité pour l'inclure parmi les autres telle qu'elle est et surtout telle qu'elle désire être. L'accompagnement de la personne en ce sens consisterait à mettre à sa disposition des ressources environnementales facilitatrices pour l'expression et pour la réalisation de ses objectifs personnels. Le soutien proposé lui offrirait également les moyens de renforcer ses assises narcissiques en reconnaissant davantage ses compétences plutôt que de déplorer ses fragilités.

Il viserait aussi le développement de sa capacité d'anticipation, mais aussi d'autorégulation. Nous pouvons associer cette thématique avec celle du lien à la frustration, des débordements pulsionnels et donc de la dangerosité qui fut un support idéologique du contrôle exercé sur la personne jugée anormale. Depuis Esquirol et jusqu'à aujourd'hui, la personne déficitaire adulte reste perçue dans un registre infantile, ces représentations étant intimement liées – nous le verrons dans notre seconde partie – à des fantasmes de sexualité déviante et non contrôlée, puisque le passage à l'état adulte conditionne l'accès à une sexualité génitalisée (Korff-Sausse, 2011 *a*, 2017). Ainsi, les professionnels qui gravitent autour de la personne, mais aussi son environnement familial, tendent à se maintenir dans une posture parentale assurant sa protection.

Hélène Geurts et ses collaboratrices (2020) montrent que si l'autodétermination nous vient d'outre-Atlantique, ses références déployées en Europe gagnent peu à peu la France, en imposant une mutation de nos représentations et de nos conceptions de la déficience intellectuelle, mais aussi un profond remaniement de nos relations, en particulier d'aide, avec la personne :

Et nous, au quotidien, que pouvons-nous mettre en place pour promouvoir l'autodétermination ? Comment nous assurons-nous de l'accessibilité de nos démarches ? Comment prenons-nous en considération le comportement non verbal pour appréhender un ressenti, voire un désaccord ? Quelle place laisse-t-on à la personne en situation de handicap dans les réflexions qui la concernent ? Et à ses proches ? Qui rédige le projet de

vie et selon quelles modalités ? En accordant une attention importante aux capacités à effectuer des activités de la vie quotidienne, nous augmentons notre tendance à offrir des occasions contribuant effectivement au développement des compétences. Évidemment, il ne s'agit pas de révolutionner les pratiques du tout au tout, du jour au lendemain. L'autodétermination relève d'un processus qui se travaille, s'enrichit avec le temps et en étroite collaboration avec la personne. (Geurts, Rinaldi, Franquet & Haelewick, p. 134)

Qu'il s'agisse d'un service de longue évolution de psychiatrie, d'une maison d'accueil spécialisé, d'un foyer – d'hébergement/de vie/d'accueil médicalisé – ou même d'un EHPAD, les questions posées par l'équipe d'Hélène Geurts peuvent éclairer les professionnels du champ sanitaire, comme du champ médico-social. Elles proposent un aménagement différent du principe d'autonomie, grand organisateur des pratiques actuelles, que nous évoquerons à la fin de ce chapitre à propos des approches modernes. C'est justement celui-ci que notre collègue aide médico-psychologique interrogeait dans notre conclusion précédente avec sa question (im)pertinente à propos d'un accueilli qui devait mettre la table. Ce nouveau modèle, qui nous semble proche du récent courant de psychologie positive, paraît vertueux et respectueux du sujet. Il reste toutefois à le voir se développer au sein d'une société néolibérale où des enjeux sécuritaires et compétitifs se développent et semblent peu enclins à supporter une altérité qui soit trop en inadéquation à ses normes.

Nous ne développerons pas davantage cette thématique de l'accès au travail pour la personne avec déficience intellectuelle car elle tend à nous éloigner de notre sujet, dans la mesure où la problématique principale des personnes accueillies en maison d'accueil spécialisée est leur grande dépendance et leur apragmatisme massif. Mais les propos ci-dessus mettent en évidence un changement de paradigme qui concerne les pratiques, dans la mesure où tout sujet, quel que soit son degré de dépendance, peut exprimer un choix et faire preuve de capabilité.

Nous allons maintenant revenir aux années soixante avec l'approche de Fernand Deligny, qui elle aussi montre quelques croisements avec les notions de capabilité et d'autodétermination.

## I.2.2. LES *TENTATIVES* DE FERNAND DELIGNY

Recontextualisons rapidement l'époque que nous allons évoquer avec l'œuvre de Fernand Deligny. D'autres formes originales de déshospitalisation émergeaient alors, la notion de « participation sociale » étant suffisamment malléable pour que puissent s'inventer de nouvelles façons pour le sujet déficitaire d'être accueilli parmi les autres. Les propos de Pierre Doussinet que nous avons cités plus haut évoquaient l'innovation des sociétés de Croix-Marine et le placement familial, qui tendait à se développer également.

Si l'idée générale est d'amener la société à l'accueil des anormaux en son sein, les troubles du comportement et les stigmates d'anomalies peu socialisantes restent des facteurs d'achoppement à la contenance sociale et à la valorisation par le travail. Il n'apparaît toujours pas concevable que des sujets gravement déficients, dit « irrécupérables » et finalement « inéducables » puissent échapper à la relégation asilaire dont ils continuent à faire l'objet. Car si la notion d'inéducabilité est maintenant bien différenciée de celle d'incurabilité, il s'avère que le développement des techniques éducatives reste attaché à susciter une amélioration qui s'appuie sur une norme dominante. Qu'un sujet ne soit pas en mesure d'accéder à l'instruction et aux acquisitions scolaires semble ne plus être un obstacle, à condition qu'il puisse s'adapter aux attentes sociales collectives. Mais pour ce qui est du registre comportemental, un processus stigmatique reste à l'œuvre. Il concerne les personnes qui se trouvent être les sujets de cette recherche. Nous observons donc que « les anormaux », pour reprendre l'expression de Michel Foucault (1974-1975), ont traversé les époques en subissant d'abord une exclusion massive jusqu'à ce que peu à peu, les sujets les plus productifs puissent accéder à certaines formes d'inclusion, à la mesure de ce que la société pouvait tolérer. Mais celle-ci ne semble pas avoir réussi à être suffisamment inventive pour ceux qui n'étaient pas en mesure de se plier à une éducation comportementale normalisante.

L'abbé Oziol (1958) les évoque ici :

Je ne voudrais pas oublier les enfants, qui au lieu de faire des progrès, régressent vers la schizophrénie. Pour ceux-là, je ne vois point de solution, si ce n'est l'asile et je pense que le Dr Tosquelles, Médecin chef de l'Hôpital psychiatrique, aura toujours une place pour les accueillir. (p. 101)

Les discours évoquent en effet chez certains sujets des états psychopathologiques résistant à toute tentative d'amélioration, notamment lorsqu'il s'agit de les rendre conformes aux attentes sociales au moyen d'un « dressage humanisé » (1958, p. 41), comme l'énonçait Pierre Doussinet et comme s'y était évertué Édouard Séguin.

La posture impliquée de Séguin, dégagée de compassion, nous a conduit, en creux, à celle proposée dès l'après-guerre par Fernand Deligny. Il est décrit comme le pionnier de l'éducation spécialisée bien que celui-ci se soit toujours défendu d'éduquer qui que ce soit... Peut-être est-ce le statut d'instituteur spécialisé commun à Séguin et à Deligny qui nous a amené à faire ainsi ce lien, bien que le rapprochement puisse paraître hasardeux dans la mesure où ils se trouvent aux antipodes, tant épistémologiques qu'éthiques. Fernand Deligny ne cherchait surtout pas à promouvoir une méthode ou à obtenir reconnaissance de son œuvre. Il ne valorisait ni le langage chez le jeune déficient, ni son potentiel productif. C'était un créateur hors-cadre, Sandra Alvarez de Toledo (2001) le situe « entre pédagogie et poésie ». Là où Séguin prétendait éduquer en s'appuyant sur l'autorité, la sanction, la récompense et le rapport de force, Deligny soutenait plutôt le fait de ne rien attendre de l'enfant pour qu'advienne un *agir* sans contrainte et dépourvu du devoir de faire, d'acquiescer ou de produire. Ainsi, toute évolution observée chez l'enfant ne pouvait provenir que de lui-même et de son propre rapport aux « circonstances » offertes par l'environnement. Mais chacun, avec un siècle d'écart, a montré une originalité en laissant ainsi son empreinte. Chacun allait à la rencontre de « l'humain de nature » avec le goût de l'expérience et du jeu. Chacun expérimentait, Séguin avec ses rêves de château, Deligny sur son radeau, ses *tentatives*. Séguin s'est constamment mobilisé à l'encontre des médecins, dans l'idée de faire reconnaître le possible d'une amélioration chez les idiots qu'il accueillait, jusqu'à émigrer aux États-Unis pour enfin obtenir les honneurs qu'il pensait mériter. Deligny, lui, a défendu l'humilité et de nombreux psychiatres lui confiaient des enfants en séjour de rupture. Il se serait peut-être confronté à Séguin et à ses pratiques intransigeantes. En référence à l'attachement de Deligny aux dictionnaires et lexiques, nous pouvons dire que nous y voyons finalement une certaine continuité antonymique.

Intéressons-nous donc à son approche originale, qui nous semble avoir marqué la rupture conduisant à des conceptions éducatives modernes.

## TENTATIVE CÉVENOLE

En 1962, Monsieur C., alors âgé de douze ans, situait les départements sur une carte de France dans le service des enfants inéducables et les professionnels réfléchissaient à la mise au travail des débiles semi-éducables. De son côté, Fernand Deligny filmait Yves G. qui dévalait les collines cévenoles en déclamant de longs soliloques pour *Le moindre geste*<sup>28</sup>.

Puis il rencontre « Janmari », lors d'un séjour à la clinique de La Borde :

J'ai hérité d'un enfant de douze ans, preste comme un chimpanzé, mais pas plus bavard. Pas un mot. Je voudrais voir ça de plus près, au plus profond, non pas tant quant à ce qui se passe dans son for intérieur, mais quant à ce que pourrait y faire un milieu proche prêt à lui donner la parole qu'il a jusqu'à maintenant refusée. (Lettre à Irène Lézine, de septembre 1967. Cité par Alvarez de Toledo, 2007, p. 640)

À l'hôpital de la Salpêtrière, Jean-Marie a été diagnostiqué encéphalopathe profond, incurable et inéducable. Sa mère le confie à Fernand Deligny en 1966 :

La fascination de Deligny pour l'enfant est immédiate. Elle tient à l'autisme mais également à Janmari, enfant maigre aux yeux noirs, intense, rapide, furtif, adroit, absolument mutique. Il l'accueille comme la justification de sa défiance à l'égard du langage, et comme l'image en miroir de ses propres tendances phobiques et autistiques. (...) La déficience radicale de Jeanmari lui offre la possibilité de penser l'humain seul, hors langage, hors apprentissage, délié de tout. (Alvarez de Toledo, 2007, p. 640)

Nous verrons que la fascination pour le « hors langage » de Deligny reste un mouvement très actif dans notre clinique de l'extrême. Qu'il compare les comportements de Janmari à ceux d'un chimpanzé nous renvoie aux fantasmes d'animalité et de bestialité que nous retrouvons chez les intervenants auprès des accueillis de la maison d'accueil spécialisée. Nous les étudierons à la fin de cette thèse (section II.2.3 : Subjectivation de l'animalité).

Avec Janmari, ils s'installent alors définitivement dans les Cévennes, où Deligny sera l'un des principaux acteurs d'un lieu d'expérimentation en réseau, un « réseau d'erre », accueillant parmi les autres des enfants et des adolescents « autistes ou gravement

---

<sup>28</sup> « Sur 3 ans, tournage d'un long métrage en 16 mm qui est « l'œuvre » permanente du « milieu ». Aucun technicien. Le « débile profond » crée, à peine guidé, le rôle du fou qu'il serait si, par-dessus le marché, il avait « fait » quatre ou cinq ans d'Asile. Enregistrement permanent de son « monologue intérieur », chez lui, parfaitement audible ». (Deligny, 1968, p. 671)



psychotiques » dits arriérés, incurables, inéducables et « invivables »<sup>29</sup>. Il présente le lieu comme un radeau, une structure élémentaire à l'équilibre fragile, faite d'un assemblage de personnes aux sensibilités et aux intentions différentes, sans formation et sans autre objectif que la vie courante du lieu. C'était, selon lui, une « initiative populaire ». L'idée était « de faire une brèche concrète dans ce qu'une société propose pour ces enfants-là » (Deligny, 1977), de vivre au plus près d'eux, en coexistence et d'expérimenter un mode relationnel distancié au quotidien, qui s'accommode de la « vacance du langage » en s'appuyant sur le geste et la trace. Il définit sa *tentative* comme « une démarche à la recherche de ce qui peut faire « repère » (repère : signe qui serait d'une autre nature que la parole) pour des enfants psychotiques » (1975 b, p. 771). Il dit faire le choix d'être dans le respect de l'individu mutique plutôt que dans sa domination. L'innovation de Deligny réside dans une approche originale qui consiste donc à défier « l'empire de la parole » et à défendre « le droit au silence » :

Dans le même temps, les critères habituels pour juger des conduites, les rôles considérés comme indispensables parce que « naturels » alors qu'ils émanent des mœurs courantes, doivent céder la place à d'autres « coutumes » plus ou moins déconcertantes, plus ou moins durables, suivant qu'elles semblent favorables à l'élaboration et à l'usage du langage non-verbal et, de toutes façons, nécessaires pour décaper l'adaptation apparente, les réactions imitatives de pure prestance, telle la scolarisation simiesque dans la mesure où la parole est perçue comme un bruit émanant des autres et rendue, en écho, disjointe du geste utile et ceci d'autant plus que la parole du milieu familial ou « éducatif » est parole toute faite, ciment pour adultes, fort difficile à émettre et à assimiler pour l'enfant qui la subit sans pouvoir la prendre. (1968, p. 659)

Pour Deligny, la parole serait « le signe d'une acculturation idéologique, et d'une dénaturation » (Alvarez de Toledo, 2007, p. 801), valeur issue de la norme dominante. Il s'intéresse à l'enfant mutique pour le rencontrer en amont de la parole, pour croiser son existence brute. Il contredit les psychanalystes, et en particulier Jacques Lacan qui soutient l'avènement du sujet en tant qu'être parlant et désirant. Il concède toutefois que le concept lacanien de réel puisse croiser, de façon partielle, sa conception de l'être hors-langage où le symbolique n'est pas.

---

<sup>29</sup> « ... d'où les lieux pour invivre qui leurs sont dévolus. » (Deligny, 1975 b, p. 737)

Les grands espaces cévenols, autour de Monoblet, permettront la construction progressive du réseau, constitué par des campements ou habitations à quelques kilomètres les uns des autres, où s'installeront peu à peu des acolytes pour accueillir des enfants en séjour de façon temporaire parmi quelques « permanents ». La question de l'occupation de l'espace nous semble importante, dans la mesure où vont pouvoir s'y édifier des points d'ancrage et de repère, ainsi que des trajets coutumiers. Pour Deligny, ce qui fait repère chez les enfants mutiques ne relève pas de la fonction symbolique et implique que les intervenants puissent eux aussi s'en décaler. Ce sont les objets qui font signe, un caillou posé ici ou un outil oublié mais pourtant repéré viennent constituer l'immuable et le coutumier en tant qu'étayage des enfants psychotiques, « l'établi » qui n'est pas institué. Ici, nous pensons bien sûr à Monsieur I., à ses nombreux déplacements et à son rapport aux petits objets.

Au fil des accueils, sa recherche s'affine et sa conception de l'autisme, récemment découvert, se précise. Il insiste beaucoup sur l'absence d'identité consciente chez Janmari et tous ceux qui fonctionneraient sur un mode similaire :

Il faut bien comprendre d'où je parle : de cet espace où nous vivons proches d'enfants pour lesquels l'identité consciente/inconsciente est suspendue ou non advenue, démarche particulière qui implique une pratique précise. Il s'agit d'aller à la recherche, serait-ce au prix de longs détours de ce qu'il peut y avoir de commun entre eux et nous. Tout se passe comme s'il y avait une autre identité, une autre « mêmeté » spécifique que celle qui fonctionne au symbolique. (1978, p. 1122-1123)

Il n'est pas question pour lui de subjectivation, ni même de relation et certainement pas d'imitation. L'enfant autiste ne s'identifie pas puisqu'il n'existe pas. Il est inaliénable. Il est un « individu non sujet » (1978, p. 1147), le sujet se situant dans le registre symbolique de la parole et du signe. Ne pas intégrer la fonction symbolique et ne pas être sujet consiste à se trouver dans un prélude qui neutralise l'existence de l'autre. C'est sur cette impossibilité à imiter et à s'identifier que Deligny observe la spécificité de l'autisme. Ainsi, ceux qui prennent l'autre en compte et qui adoptent des conduites d'imitation lorsqu'ils participent aux tâches collectives ne seraient pas – ou plus – aux prises avec un fonctionnement de type autistique.

Les adultes qui gravitent autour des enfants ont cette fonction de « présence proche » en aménageant l'environnement afin que l'enfant puisse y évoluer sans contrainte ni mise en

danger, mais aussi en effectuant les gestes courants nécessaires à la tenue du lieu et à la vie commune. Chacun trouverait alors naturellement sa place et sa fonction, sans injonction particulière.

Deligny rapporte souvent la méticulosité avec laquelle les jeunes font la vaisselle, mettent la table ou passent le balai. Lorsqu'il est question de pratique éducative chez Deligny, les mots « hasard » et « circonstance » apparaissent fréquemment dans son discours. Pour lui, l'éducateur est un chercheur intuitif qui utilise l'inadvertance pour pouvoir se réjouir de la pertinence d'une « trouvaille ». Il s'agit « d'établir des relevés de ce qui a été repéré du point de voir de l'individu non sujet » (1978, p. 1149), dans la mesure où « son appareil à repérer » ne s'accorde pas à « notre appareil à langage ». Nous pourrions faire lien ici avec l'engouement des accueillis de la maison d'accueil spécialisée envers les agents de service hospitalier (ASHQ) lorsque ceux-ci s'affairent à nettoyer, à ranger ou lorsque les intervenants éducatifs s'emploient à trier du linge du fait de l'absence de la lingère. Ce serait donc ces moments d'usage qui seraient bien plus profitables que des activités construites et dévolues aux apprentissages instrumentaux. C'est aussi une autre démarche que celle d'inscrire dans le projet personnalisé de Christian qu'il doit mettre le couvert les lundis et jeudis.

Avec créativité, Deligny utilise tous les médiums « hors-langage » se trouvant à sa disposition : le cinéma et les arts plastiques, bien sûr, mais aussi le mime, la construction, la culture, l'élevage, la fabrication du pain, les gestes de la vie courante... Le principe étant que l'intervenant soit « là », avec d'autres exigences que celles d'être soignant ou éducateur, donc de soigner ou d'éduquer. « À la limite, s'il n'y avait pas d'enfants psychotiques là, nous vivrions la même vie, les uns et les autres. » (1975 *b*, p. 706), écrit-il. Ils ne cherchent pas à atteindre des objectifs d'amélioration ou d'acquisitions instrumentales, langagières ou sociales chez les jeunes accueillis. Ils proposent un « milieu proche » à l'enfant se trouvant là, pour qu'il puisse avoir le droit d'exister, d'être accueilli sans jugement normatif ni pitié afin de lui permettre de prendre sa place parmi les autres, d'agir plutôt que de réagir. Échapper à l'oppression du langage permettrait en outre à l'enfant mutique de réduire les états de désarroi qui l'envahissent, parfois de façon très violente. Pour Deligny, il s'agit « d'émoi », dont l'allégresse serait l'autre pôle.

La grande trouvaille, la plus célèbre chez Deligny, sera de reporter jour après jour les trajets des enfants sur du papier calque. Les cartes tracées mettent à jour de grandes

similitudes dans les déplacements de chacun, qui s'articulent autour de « chevêtres », ces différents points qui font repères mais qui ne sont pas toujours matérialisables. La démarche devient un usage quotidien, que Deligny avait d'abord proposé aux adultes pour soutenir leurs expériences auprès des enfants, notamment lorsque le sens et des réponses venaient à manquer. Il attribue cette idée au hasard et elle devient une pratique commune, le lien entre les différents lieux du territoire, pour « garder traces ». Ainsi, les trajets des enfants, leurs « lignes d'erre » prennent sens, se dessinent pour échapper à de possibles représentations de déambulations stéréotypées.

Deligny insistera beaucoup sur l'importance de *tracer*, ce geste qui serait fondamentalement humain et originel :

Sans les cartes tracées, cette tentative ne serait pas ce qu'elle est, vous me l'accorderez.

Que le fait de tracer soit primordial en ce sens que, peut-être, il est à l'origine du langage, je comprends fort bien qu'un tel propos vous rende ombrageux.

Mais j'y crois dur comme fer. Je vois ça comme si j'y étais que tracer a prélué aux sons articulés, dont certains prétendent que leur origine est dans le code génétique même. (1978, p. 1111)

Son intérêt pour l'art brut et l'art préhistorique l'amènent à penser que le *tracer* serait l'expression d'un *agir* dénué d'intention, juste une trace de l'existence qui ne se réduirait pas à la toute-puissance du symbolique (1983 *b*, p. 1483-1569). Il propose que l'humanité puisse être caractérisée autrement que par l'accès au langage, dans la mesure où ce paradigme exclut ceux qui ne parlent pas. Il s'intéresse au geste et va rassembler ses observations en proposant le concept *d'agir*. L'*agir* correspond à l'initiative, au geste fait « pour rien », sans désir, sans oppression sociale, sans assentiment, sans lien à l'autre ni projet. L'*agir* diffère du « *faire* » qui a toujours une finalité n'étant pas intégrable chez l'individu artiste :

Traces d'*agir*, donc, que je peux supposer sans une once de *faire*.

J'en reviens toujours là, à ce tracer de Jeanmari, dont peu importe la date, qu'il soit d'hier ou d'il y a sept ans ou douze.

Nul progrès donc, ce dont un éducateur et même un psychothérapeute se désoleraient.

Cette persistance du réitérer me reconforte. Janmari n'a donc pas perdu le sens de l'*agir*, malgré bientôt douze ans passés près de nous. Nous avons su freiner notre propension à lui *faire* acquérir ce qui est pour nous la nécessité de représenter ; autrement dit, nous avons su limiter notre rôle, ce rôle nous étant donné par n'importe on – ce qui est plus clair que n'importe qui. (1979 *a*, p. 1264)

La vie courante de la *tentative* des Cévennes ne propose pas d'exercices mais juste un déroulement quotidien qui permet de favoriser ces gestes et ces conduites qui surgissent en dehors du langage. Ainsi, chercher à être imité ou à « faire faire » ne seraient pas des processus durables contrairement à l'*agir* qui, lui, est immuable. Une valeur positive est ainsi donnée aux répétitions apaisantes, en opposition aux représentations négatives généralement attribuées aux stéréotypes autistiques.

Deligny interroge aussi la norme et va se positionner de façon à ce que le sujet puisse enfin créer sa propre norme, comme le concevait Georges Canguilhem (1966) à la même époque. Pour Deligny, l'appartenance ou l'écart à la norme serait une question identitaire : l'enfant « irrécupérable » serait fixé dans cette identité, validée médicalement et institutionnellement. Celle-ci se situe à l'inverse de l'identité normée socialement du commun, ou du semblable. La relégation de ces enfants « irrécupérables » constituerait donc une mise au rebut pour cause de non-conformité, jusqu'à la mésinscription. Simone Korff-Sausse le rejoint lorsqu'elle évoque la « figure étrangement inquiétante » de l'enfant handicapé, proche de la monstruosité, qu'elle définit comme étant le « seul spécimen de son espèce », celui qui se trouve « sans semblable » et auquel on ne peut s'identifier (Korff-Sausse, 2011 a, p. 49-50). Deligny fait le choix de se situer à l'opposé de la mise en conformité pouvant être attendue d'une démarche éducative. Il s'intéresse au symptôme sans chercher à le corriger pour satisfaire aux convenances sociales :

C'est donc de cet autre pôle dont je parle que leur viendrait cette identité qui les marque d'une originalité dont on les plaint ou dont on s'effraye et que nous nous sommes mis en position d'accueillir, la ressentant moins dégradée que bien des attitudes et manières d'être qui non seulement ont droit de cité, mais, de plus, y sont appréciées et honorées. (1975 b, p. 763)

Deligny s'appuie sur la capacité de « cet enfant-là » à innover par l'initiative et donc à échapper aux attitudes stéréotypées qui, selon lui, seraient générées par un milieu normatif, qu'il soit familial ou institutionnel, porteur d'un « conditionnement social » que Deligny ne cessera de dénoncer. Car il critique aussi vivement les institutions, les « demeures à demeure », les « lieux pour invivre ». Se réfugier dans les Cévennes est alors un moyen d'échapper à la mortification à laquelle l'institué exposerait. « Un établissement bien « administré », est-ce que ça veut dire que tout ce qui y vit va bientôt crever ? » (1947, p. 164), questionne-t-il. Il ne s'est pas inscrit dans une lutte pour créer

l'institution idéale, ou plutôt, il semble y avoir renoncé. Bien qu'il soit un proche de Félix Guattari, il n'investit pas davantage le mouvement de psychothérapie institutionnelle, le terme serait même pour lui un pléonasme. Dans les années quarante, à l'asile d'Armentières « d'où l'on ne sort que par la morgue » (1977), il avait déjà tenté de prendre le contre-pied du système asilaire en s'appuyant sur l'abandon de la sanction, les ateliers créatifs et sportifs, les sorties sans surveillance basées sur la confiance des « gardiens ». Mais il ne se satisfait pas des améliorations trouvées : « C'était somme toute réitérer un climat asilaire. Alors je suis parti. » (Coppans, 2018, 00 :21 :10). Bien en amont, il propose une solution à notre problématique posée par la dichotomie anormaux autonomes/anormaux dépendants, en créant cette microsociété où les anormaux dépendants s'autonomisent. Deligny ne semble pas se faire d'illusions sur la capacité de la société à devenir inclusive.

#### NATURE HORS L'HISTOIRE ET IDENTITÉ NARRATIVE

Notre choix d'évoquer la pensée de Fernand Deligny a été orienté par l'influence importante qu'il nous semble avoir eue auprès des éducateurs jusqu'à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle. Il est notoire que Deligny est resté distant vis-à-vis des apports de la psychanalyse (comme Robert Castel, il parlait de « *psychanalysme* ») et de la psychologie clinique. Il dit aussi avoir fait des choix parmi les éléments de pensée qu'il avait à développer. La vie affective et l'attachement s'avèrent assez peu traités dans son œuvre. Nous pourrions dire qu'il a *esquivé* ces questions, pour reprendre ce verbe qu'il utilisait souvent. De ce fait, il est difficile de rendre compte d'une position contre-transférentielle, que ce soit chez Deligny lui-même auprès de Janmari ou chez les adultes qui vivaient l'expérience des Cévennes. Pourtant, être « présence proche » consistait à vivre de jour comme de nuit auprès des enfants accueillis, ce qui nous laisse supposer la forte implication, tant physique que psychique, que pouvait engendrer l'expérience d'une telle proximité :

La présence proche, c'est un peu quelqu'un qui laisse marcher dans son ombre... Les trajets d'usage de Gisèle, bien qu'étant d'usage, ne sont pas indépendants du fait que M. va, vit, marche dans son ombre. Une tentative, c'est ça. (1975 *b*, p. 707)

Esquiver ne veut pas dire pour autant dénier. « Je me dis que l'être humain est être de raison sans doute, mais de ça, là, je m'en fous. Il est avant tout un être de *réseau* » (1975 *b*, p. 770), écrit Deligny. Le réseau implique un « corps commun », une constellation

d'éléments immuables, d'intervenants et d'enfants partageant le même quotidien et des « moments d'émoi commun ». Mais si Deligny « ne se foutait pas » de cette question du lien, il ne s'y intéressait pas comme les acteurs de la psychothérapie institutionnelle qui lui confient une place essentielle. Il ne semblait pas envisager que « ces enfants-là » puissent s'engager dans une relation élective avec l'un des adultes présents de façon circonstancielle puisque « N'étant pas l'un, il n'en a rien à foutre de l'autre » (1975 *a*, p. 925). En outre, il ne dit pas que les enfants ne ressentent pas d'attachement vis-à-vis de leurs parents. Bien au contraire, dans la mesure où la majorité des enfants accueillis le sont de façon temporaire lors d'un séjour de vacances. Cet entre-temps permettrait justement d'esquiver les mécanismes d'attachement aux « présences proches » :

Mais une autre surcharge est à craindre : une tentative ne peut pas se charger de tout... et du reste.

Les enfants viennent en séjour, ce qui veut dire que leur lieu de base est leur milieu d'origine. (1978, p. 1127)

Il ne s'agissait pas de faire institution, ni même de représenter un éventuel substitut de l'institution familiale. Il ne s'agissait pas non plus d'être un support identificatoire. Il nous semble que cette neutralité quant à la vie affective les protégeait, en quelque sorte, des débordements contre-transférentiels susceptibles d'être induits par la grande proximité du fait d'être « présence proche ».

Pour Deligny, l'attachement de l'enfant autiste aux objets, aux « choses », était intimement lié à la fonction repère, toujours en-dehors du symbolique. L'environnement étant constitué d'éléments repérés par les enfants, leur absence pouvait provoquer un grand désarroi, sans que les adultes n'aient toujours notion de la pièce manquante à l'ensemble. La nature de cet attachement paraît bien plus importante à Deligny que l'attachement aux personnalités du lieu, à moins que celles-ci ne se soient chosifiées et ne fassent plus signe.

La question de la « nature hors l'histoire » de l'individu non sujet dans le propos de Deligny reste à discuter. Il fait le postulat de l'existence de deux mémoires, l'une langagière et l'autre hors de la « domestication symbolique », hors histoire (1983 *a*, p. 1743). Dès ses premières expériences à l'asile, Deligny insistait pour ne pas tenir compte de l'histoire de l'enfant. Lorsqu'il recevait des adolescents pour la Grande Cordée, il se

prévalait de jeter leur dossier au feu pour provoquer une rupture et ainsi proposer, de façon consciente et symbolique, de faire « table rase » de leur passé.

Mais chez l'enfant autiste, Deligny insiste sur son état dépourvu du sens de l'histoire :

Ils sont pourtant bien de cette chair même dont on fait les hommes. Et cette chair est intacte, vigoureuse même, pourvue des cinq sens traditionnels. L'ouïe, la vue, le toucher, l'odorat, le goût. Mais on sait bien que, outre ces cinq sens, l'homme en a un autre : le sens de l'histoire, ne serait-ce que pour la sienne propre, à chacun, en particulier. Tout se passe comme si pour ces enfants-là, l'histoire n'avait pas trouvé en eux son point d'ancrage. Et il leur arrive d'éprouver un désarroi si manifeste que l'entourage s'en épouvante et s'accuse gravement. (1979 *b*, p. 1356)

Sans sujet, pas d'histoire subjective. C'est justement sur ce point de départ que notre travail s'est appuyé, l'absence d'histoire chez les accueillis à la maison d'accueil spécialisée ayant fait achoppement d'avec notre pratique de psychologue clinicienne. La position de Deligny est un éclairage. Mais, si nous ne savons rien des origines de Janmari, mis à part le fait que ses parents l'auraient confié à Deligny alors qu'il séjournait à La Borde en 1966, nous le surprenons à raconter l'anecdote de son premier repas, « à l'origine de ce qui s'est tramé » (1980, p. 1438). « Cet événement est donc entré dans la légende, la nôtre. » (1980, p. 1438) écrit-il plus loin. S'il ne s'agit pas d'une institution, son lieu de vie est bien construit sur un mythe fondateur. En outre, Janmari a une histoire cévenole, comme les accueillis de la maison d'accueil spécialisée ont une histoire institutionnelle. L'histoire cévenole de Janmari est consignée par Deligny comme celles des accueillis le sont par les intervenants de l'institution, les « anciens » en particulier. Alors, si l'individu non sujet ne peut pas se construire psychiquement au moyen de son histoire, celui qui l'accompagne ne s'en départ pas pour autant. Il nous restera ensuite à comprendre pourquoi la notion d'histoire subjective nous est si fondamentale alors que pour Deligny, elle ferait surcharge.

La « vacance du langage », l'« identité non advenue », l'« individu non sujet », l'« agir sans faire », la « mêmeté », le « corps commun », la « nature hors l'histoire ». Tous ces éléments de langage nous renvoient à la pensée de Paul Ricœur. Dans *Soi-même comme un autre* (1990), il démontre que c'est au moyen du récit, mais aussi en situation narrative que l'agent s'approprie les actions qu'on lui impute (4<sup>ème</sup> étude, p. 109-136). Ainsi, « l'identité personnelle » serait narrative et c'est dans cette dimension que se



dialectiseraient la *mêmeté* et l'ipséité. L'utilisation du terme de « *mêmeté* » est différente chez Deligny, qui présente celle-ci comme une similarité profonde et archaïque sous-tendant la rencontre entre les *présences proches* et les enfants accueillis.

La définition proposée par Paul Ricœur peut éclairer notre réflexion :

La *mêmeté* est un concept de relation et une relation de relations. En tête, vient l'identité *numérique* : ainsi, de deux occurrences d'une chose désignée par un nom invariable dans le langage ordinaire, disons-nous qu'elles ne forment pas deux choses différentes mais « une seule et même » chose. Identité, ici, signifie unicité : le contraire est pluralité (non pas une mais deux ou plusieurs) ; à cette première composante de la notion d'identité correspond l'opération d'identification, entendue au sens de réidentification du même, qui fait que connaître c'est reconnaître : la même chose deux fois, *n* fois.

Vient en second rang l'identité *qualificative*, autrement dit la ressemblance extrême : nous disons de X et de Y qu'ils portent le même costume, c'est-à-dire des vêtements tellement semblables qu'il est indifférent qu'on les échange l'un pour l'autre ; à cette deuxième composante correspond l'opération de substitution sans perte sémantique, *salva veritate*. (*ibid.*, p. 140-141)

Pour Deligny, la « *mêmeté* » correspond à cette unicité où la *présence proche* se lie à l'enfant dans un mouvement identificatoire. Mais c'est un mouvement unilatéral, dans le sens où il n'est pas réciproque puisque l'enfant autiste – « un » – ne se reconnaît pas forcément en l'adulte. En outre, ils ne sont pas substituables. C'est la constance de la *présence proche*, son *immutabilité*, qui fait *repère* pour l'enfant. Si nous dialectisons *mêmeté* et ipséité, ainsi que le propose Ricœur, nous pouvons dès maintenant souligner que l'ipséité implique de pouvoir se désigner soi-même et donc d'avoir le souci de soi. Il nous semble que c'est sur ce point précis que l'approche delignienne situe l'autisme du côté de la *mêmeté* ricœurienne, en opposition à l'ipséité, notamment lorsque la clinique de Deligny met en évidence des situations d'adhésivité – qu'il ne nomme pas ainsi mais que nous reconnaissons telles quelles. Et surtout il se montre très attaché à l'entretien de l'immuable, au sens d'une permanence de l'environnement qui soutient son appropriation par l'enfant autiste, d'un *corps commun* qui constituerait la *mêmeté*. C'est en s'y appuyant qu'il serait alors possible de composer avec les *circonstances* pour en faire des *trouvailles* qui elles, introduisent l'ipséité.

En outre, pour Deligny, les enfants autistes ne possèdent pas le « sixième sens » de l'homme, le « sens de l'histoire ». Pour Ricœur, la *mêmeté* rencontre ces notions du sens

de l'histoire et de l'immutabilité. C'est lorsque le temps s'invite que le doute s'imisce. Lorsqu'il implique un changement, la notion de « permanence dans le temps » déjoue l'instabilité. Notre « caractère » serait invariable si nous considérions qu'il s'agit d'une « identité du même », sans introduire de dimension temporelle. Dans ce cas, l'*idem* recouvre l'*ipse*, dans le sens où la sédimentation compromet l'innovation (*ibid.*, p. 145-146). C'est dans cette dialectisation que la notion d'identité narrative entre en scène. Le point de vue de Deligny nous apparaît cohérent si nous relient la *mêmeté*, l'*individu-non sujet* et l'*immutabilité* à l'absence du *sens de l'histoire*. Et c'est autour de ce dernier axe que nous pouvons faire intervenir la pensée de Paul Ricœur :

La personne, comprise comme personnage de récit, n'est pas une entité distincte de ses « expériences ». Bien au contraire : elle partage le régime de l'identité dynamique propre à l'histoire racontée. Le récit construit l'identité du personnage, qu'on peut appeler son identité narrative, en construisant celle de l'histoire racontée. C'est l'identité de l'histoire qui fait l'identité du personnage.

C'est cette dialectique de concordance discordance du personnage qu'il faut maintenant inscrire dans la dialectique de la *mêmeté* et de l'*ipséité*. (*ibid.*, p. 175-176)

Ce sont donc les variations introduites par l'activité narrative qui font fonction de médiation entre la *mêmeté* et l'*ipséité*. Ainsi le récit, par son mouvement de mise en intrigue, met en valeur les expériences du personnage, les synthétise et les organise dans une temporalité dynamique. Et Paul Ricœur articule le récit de fiction au récit d'une vie, en proposant l'auto-narration en tant qu'« herméneutique du soi » : le sujet se comprend comme l'agent de ses actions en les articulant et en les refigurant dans une historicité partagée par tous, au cœur du social et de la succession des générations.

Deligny dissociait l'*agir* du *faire* et disait soutenir l'« agir hors langage », le geste fait « pour rien ». Ce sont ces traces d'*agir* qu'il recueillait méticuleusement. Ricœur donne du sens aux actions en les reliant les unes aux autres, la connexion de plusieurs actions constituant une pratique dont la finalité dépasse le geste simple, comme lorsque tous les membres d'un groupe s'affairent à préparer le repas et à mettre la table. S'il inscrit la pratique dans une dynamique sociale et réglementée, Paul Ricœur insiste sur le lien entre l'agent et son action, le parcours de celle-ci s'inscrivant dans la triade « décrire, raconter, prescrire » (*ibid.*, p. 139). C'est donc au moyen de la narration que l'agent s'approprie son action pour l'inscrire et l'inclure dans une entité dynamique et cohérente. De la même

façon, les événements et les rebondissements de toute une vie prennent sens dans leur récit lorsqu'ils constituent l'identité du soi qui la raconte.

Si tout l'argument de Deligny est construit à partir de l'absence de compétences verbales des enfants qu'il accueille, il nous semble pourtant que le concept de narrativité peut s'écarter de cette réalité instrumentale lorsque nous nous appuyons sur les travaux de Paul Ricœur. En effet, nous avançons que la notion d'identité narrative – tel qu'elle est reprise dans *Soi-même comme un autre* – s'appuierait davantage sur la notion d'expérience que sur la langue. Autrement dit, quelles que soient ses capacités narratives, tout individu est doté d'une réalité psychique, même s'il est pourvu d'un moi morcelé ou dissocié. Si nous rappelons la proposition de Ricœur d'articuler identité-*idem* et identité-*ipse*, c'est l'aménagement de ces expériences qui permet le mouvement d'un soi immuable et figé vers une structure plus souple et donc propice à l'ipséité. La clinique de Deligny envisage la mêmeté comme un noyau naturel et immuable qui nous est commun à tous. Si le « sens de l'histoire » est ce phénomène d'ipséité qui permet aux hommes de se transformer au gré de leurs expériences et de leurs actions, les enfants « hors-langage » seraient donc condamnés à l'immutabilité. Pourtant, il soutient l'expérience atypique de chacun en reliant celles-ci au moyen d'une vie quotidienne et collective pourvue de mouvement, incluant les *présences proches* et leurs trouvailles, celles-ci s'appuyant notamment sur la variabilité de l'environnement. Il met également à profit la communication non-verbale pour permettre à l'enfant d'exprimer ses expériences et ses émotions. Aussi, lorsque Deligny se défend d'intervenir pour se substituer à la parole de l'enfant, quelle est donc la fonction de ses nombreux écrits, productions artistiques et cinématographiques ? Les observations qu'il rapporte nous apparaissent correspondre à un processus de narrativité, dans la mesure où elles s'inscrivent dans un mécanisme « décrire-raconter » pour, finalement, ascrire l'enfant en tant qu'agent prescripteur, dont l'initiative produit un « changement dans le monde » (Ricœur, *ibid.*, p. 133). En outre, les discussions qui se déroulent au sein du lieu de vie entre les intervenants *présences proches* révèlent également que les enfants sont « parlés », puisqu'ils sont sujets de ces échanges que l'on oserait ici qualifier de cliniques. En se refusant d'exercer une influence sur l'enfant pour préserver sa nature – au sens de Rousseau –, mais aussi parce qu'il critiquait le « psychanalisme », Deligny n'a pas davantage soutenu sa pratique discursive en tant que support identificatoire pour ceux qu'il accueillait. Toutefois, son œuvre est devenue une référence pour les éducateurs dont le métier était alors en plein développement.

Encore aujourd'hui, le principe de prendre en compte l'histoire d'une personne fait souvent débat chez les éducateurs qui l'accompagnent. Nous l'avons souvent constaté à la maison d'accueil spécialisée, mais aussi au sein d'autres institutions médico-sociales. Certains éducateurs défendent la position delignienne – parfois sans même y faire référence – de faire *fi* du passé pour se consacrer à l'instant présent. Lorsque nous leur demandons d'argumenter leur point de vue, leur élaboration est assez proche de celle de l'auteur : celui qui ne peut se raconter n'aurait pas « le sens de l'histoire », prendre connaissance de celle-ci serait donc de peu d'utilité. Nous voyons là une des multiples traces que la pensée de Deligny a laissées parmi les conceptions des pratiques de l'éducation spécialisée. Celle-ci nous semble discutable et aménageable en la croisant à d'autres postulats théoriques qui se sont développés depuis les années soixante.

Si elle fait référence en proposant une alternative, la démarche de Deligny a-t-elle pu être compatible aux pratiques en institution ? Ou, la question autrement posée, peut-on, hier ou aujourd'hui, faire du « delignysme » en institution ? Il répondrait certainement que c'est une aberration. Au cœur des années soixante, son invention – sa *tentative* – nous apparaît aujourd'hui bien loin des guides de bonnes pratiques dont les institutions sont imprégnées. En outre, l'expérience de Deligny n'aurait pas survécu à la logique gestionnaire et évaluative qui s'impose aujourd'hui aux institutions, dont le fonctionnement s'est considérablement rigidifié sous la contrainte protocolaire de la réglementation de nos instances tutélaires.

Pourtant, les apports de Deligny ont longtemps été au programme de la formation d'éducateur spécialisé et si aujourd'hui, son nom s'est raréfié, c'est certainement parce que sa pensée libertaire ne peut être ni conceptualisée, ni protocolisée. Elle nécessite d'être éprouvée. Mais peut-être qu'elle reste intégrable dans l'élaboration de la posture professionnelle d'un intervenant en institution. Somme toute, ce serait une démarche avant tout politique, dans la mesure où Deligny nous invite de façon systématique à nous dégager des injonctions institutionnelles gestionnaires et administratives. Gageons également que la poésie et la créativité de Deligny puissent être intégrées par ceux et celles en quête d'une identité professionnelle originale. Son principe fondamental qui suppose de « passer par ailleurs que par le signe » (1978, p. 1150) pour aller à la rencontre de l'autre nous semble être une démarche accessible à tout professionnel, notamment lorsqu'il élabore sa pratique.

### I.2.3. LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE : L'HUMANISATION DES ESPACES ET DES PRATIQUES

À la même époque que les *tentatives* de Deligny, le courant de psychothérapie institutionnelle se développe. Ces expériences se croisent et sont loin de se contredire. C'est d'ailleurs lors d'un séjour de Deligny à la Clinique de la Borde que Janmari lui a été confié et qu'il a impulsé la *tentative* des Cévennes. Mais nous l'avons vu, son positionnement libertaire était incompatible avec tout engagement institutionnel. Toutefois, son amitié avec Félix Guattari ou ses échanges avec Roger Gentis nous mènent au-delà de la coïncidence temporelle et révèlent une certaine proximité conceptuelle, tout en ayant la richesse d'une articulation dialectique.

La période de la Libération apporte ce constat dramatique de l'état sinistré de la psychiatrie : 40000 malades sont morts de faim et d'incurie dans des établissements à l'abandon, tandis que d'autres hôpitaux ont été évacués pour être réquisitionnés par les occupants nazis, puis par l'armée américaine. La psychiatrie dans son ensemble a été sacrifiée et les psychiatres français associent cet abandon au « mythe de l'incurabilité » (Ayme, 1995, p. 29). Seul l'hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole a échappé à ce sort en organisant un mode de vie solidaire avec le village tout en abritant des intellectuels, des artistes et des résistants. L'expérience ouverte de Saint-Alban est aujourd'hui reconnue fondatrice de la psychothérapie institutionnelle, en ce qu'elle a réussi avec créativité à modifier le lien du sujet à l'institution mais aussi à associer politique et psychiatrie. L'expérience concentrationnaire de cette Seconde Guerre mondiale et l'élan politique issu de la Résistance motiveront la communauté psychiatrique à s'engager dans la volonté d'un changement radical des conditions d'hospitalisation au sein des anciens asiles, vers leur humanisation. Jean Ayme définit ainsi ce courant :

Ce syntagme désigne les conditions et les modalités d'une transformation d'un hôpital psychiatrique, par la création d'un réseau d'activités offertes aux malades, modifiant totalement, par le système d'échanges et de rencontres qui s'instaurent, les modes relationnels entre malades, infirmiers et médecins. L'introduction de ces « techniques d'ambiance », comme les désignera plus tard Jean Oury, a pour conséquence de supprimer les effets iatrogènes de l'hôpital psychiatrique, héritier de l'asile d'aliénés, où chaque malade supportait, en plus de son aliénation mentale, une aliénation sociale dont était porteur ce lieu d'exclusion et de ségrégation. (1989, p. 330)

Il s'agit bien de lutter contre toutes formes d'aliénation et de combattre les facteurs pouvant les favoriser. Au-delà de l'enfermement et de la contrainte, les rapports hiérarchiques au sein de l'institution hospitalière sont aussi identifiés comme générateurs de rapports de domination et donc d'aliénation. L'idée est de responsabiliser le malade en lui donnant sa place d'homme parmi les hommes afin de le dégager de l'étrangeté qui le conduisait à sa mésinscription, pour que sa condition humaine soit fondamentalement reconnue commune. Veiller à ce que l'organisation institutionnelle ne réserve pas de « petits royaumes » (Oury, 2001, p. 173) en tant qu'exercice de pouvoir sur l'autre contribue également à cette position égalitaire. Comme l'expérience de Saint-Alban avait pu le montrer, l'institution peut accéder à sa propre autonomie dont l'équilibre doit être construit et discuté collectivement.

Le combat des psychiatres amène l'État à soutenir l'innovation en éditant la circulaire 148 du 21 août 1952 qui donne les moyens d'une « révolution psychiatrique » (Ayme, 1995, p. 54) dans toutes les institutions françaises, pour une amélioration significative des conditions de vie des malades. La formation des psychiatres et leur engagement fréquent dans une psychanalyse personnelle ont contribué à alimenter une *praxis* propre à animer la vie institutionnelle des lieux de soins, jusqu'à lutter pour l'avènement d'une psychiatrie de secteur, dont la parution de la circulaire du 15 mars 1960 sera un outil d'ouverture pour contrer la logique asilaire. À l'instar des aliénistes, les acteurs de ce courant ont eu une influence politique forte pour permettre une articulation de la psychiatrie avec la société. Ainsi, en peu de temps, les jalons étaient posés pour qu'un processus de déshospitalisation durable puisse s'engager, mais aussi pour que la vie quotidienne au sein de l'hôpital soit considérablement améliorée. Dans cette section, nous allons nous intéresser à l'application de la psychiatrie institutionnelle à l'hôpital psychiatrique, puis à l'impact qu'elle a pu avoir auprès des patients les plus déficitaires, ceux qui furent jadis désignés les « anormaux d'asile ». De là, nous évoquerons l'influence de ce courant sur les pratiques institutionnelles dans le champ du médico-social.

## DE L'ASILE À L'INSTITUTION SOIGNANTE

Un des grands principes de la psychothérapie institutionnelle vise à humaniser et à équilibrer les relations soignants/soignés, notamment en professionnalisant les « gardiens » vers une pratique d'infirmier de secteur psychiatrique, au moyen d'un accès

à la formation et au questionnement des pratiques. En outre, la responsabilisation de tous les acteurs institutionnels pour renforcer la dimension collective vient favoriser la notion d'ambiance. Les principes de libre-circulation, d'ouverture, d'occupation du temps, l'introduction des médiations et des activités d'ergothérapie vont peu à peu s'imposer en faisant sens pour les professionnels ainsi formés. La valorisation du travail et de la production reste un mouvement important, qui amende l'utilitarisme anciennement soutenue par les aliénistes. La valorisation du travail étant là aussi identifiée comme un fondement de notre société moderne, la « portée sociale » de l'objet fabriqué au sein d'une équipe de travailleurs vient renforcer « l'utilisation thérapeutique du rendement et surtout de la rémunération » (Tosquelles, 1984, p. 47). Aussi, la notion de groupe est centrale, dans la mesure où elle permet de rassembler et d'impliquer le groupe de sujets dans une dynamique relationnelle. Plusieurs médiums ont pu être utilisés en fonction de la culture des lieux. Au départ, le psychodrame morénien a recueilli un certain succès, ainsi que la pratique du théâtre populaire au sens de Jean Vilar. Enfin, chaque institution héberge un « club », généralement structuré sous forme d'association de loi 1901, ce qui permet au groupe de patients de gérer matériellement et légalement la collectivité ainsi organisée.

Mais l'effet thérapeutique de la psychothérapie institutionnelle n'est pas qu'organisationnel. Il s'appuie essentiellement sur le travail d'analyse du transfert et du contre-transfert. C'est aussi cette dimension qui signe l'innovation de ce courant, notamment lorsqu'on le situe dans le contexte temporel de l'histoire de la psychiatrie. Tous les enjeux de la vie collective au cours des réunions, des ateliers et plus globalement des actes de la vie quotidienne sont élaborés, repris et compris dans leur dimension transférentielle et contre-transférentielle. C'est certainement ici que se situe la grande différence d'avec l'expérience delignyenne, notamment quant à la posture des intervenants.

Si le courant s'est alors développé en France, il va de soi que chaque institution adoptant les principes de la psychothérapie institutionnelle va élaborer un programme d'action spécifique au vu de son contexte, de son histoire mais aussi des qualités personnelles de ses intervenants et surtout de son fondateur. De ce fait, les applications s'avèrent assez hétéroclites et surtout très dépendantes des personnalités en position d'impulser le changement. Robert Castel retient qu'au final, la majorité des hôpitaux psychiatriques français est loin d'avoir pu accéder à une telle qualité de soin. Il ne remet pas celle-ci en

cause mais il reste assez critique quant aux effets politiques de ce courant. Fervent attaquant du « *psychanalysme* », il soutient que « la psychothérapie institutionnelle est cette tentative de sublimer les structures de l'institution totalitaire et de les faire fonctionner dans et par la logique de l'inconscient ». Il remarque que c'est une « tentative plutôt heureuse dans la plupart de ses effets au quotidien », mais que son développement a eu une fonction dans la « conjoncture psychiatrique générale » (Castel, 1973, p. 245). Pour lui, les « bastions » de la psychothérapie institutionnelle sont des expériences isolées qui ont finalement masquées les réalités de l'ensemble de la psychiatrie en France, en conservant ses « fonctions ségrégatives » (*ibid.*, p. 248). Il observe également que si la politique de secteur est progressiste, elle n'a pas réglé le problème de l'hôpital en tant qu'institution totalitaire, ni celui du « leadership psychiatrique » (*ibid.*, p. 252).

La psychothérapie institutionnelle a d'abord eu pour effet de lutter contre la chronicisation et l'institutionnalisation des patients les plus dynamiques, en leur offrant notamment la possibilité d'un suivi ambulatoire à l'extérieur de l'hôpital lorsque leur état s'améliorait. Mais une autre perspective nous intéresse, celle du rejet des classifications et donc de la lutte contre la ségrégation des malades avec l'idée qu'un collectif puisse se former, quelles que soient les pathologies des patients. Ainsi, les sujets les plus déficitaires ont pu, dans certaines institutions, être accueillis parmi les autres et non plus être relégués dans des pavillons relevant de la défectologie. Nous pourrions penser que les patients déficitaires n'étaient qu'indirectement concernés par cette politique de responsabilisation au sein de l'institution, dans la mesure où leur implication parmi les clubs et les ateliers, par exemple, s'avérait limitée. Mais l'utilisation de l'espace et l'investissement des lieux de vie susceptibles de générer une ambiance thérapeutique de tous les instants ont forcément permis que les patients les plus repliés soient inclus dans la valorisation du lien, telle qu'elle était pensée.

Aucun grand nom de militant représentatif du courant de psychothérapie institutionnelle n'est attaché à l'hôpital qui nous intéresse ici. Jusque dans les années soixante-dix, l'établissement était sous le joug d'un fonctionnement asilaire ancien : un habillement hospitalier, des dortoirs, des pavillons hiérarchisés et non mixtes... Les malades les plus « capables » travaillaient dans différents services logistiques en échange d'un pécule et de certains privilèges.

C'est donc au cours des années soixante-dix que l'institution a connu sa révolution avec sa première période d'humanisation. Ici et là, des soignants se sont mobilisés pour tenter



de proposer des initiatives novatrices. L'ergothérapie a fait son apparition et à la suite, des aménagements ou des créations de pavillons originaux ont vu le jour. Si cette émulation n'a pas véritablement permis aux patients d'accéder à des responsabilités de régie ou de décision comme cela pouvait être le cas ailleurs avec les clubs, elle visait toutefois à améliorer l'ambiance institutionnelle et leurs conditions de vie. Par ailleurs, elle offrait de nouveaux espaces de créativité aux infirmiers. C'était justement l'époque de la réforme du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et les stages de formation dispensés par les CEMÉA étaient alors institutionnalisés. Les orientations des médiations thérapeutiques étaient diversifiées, elles pouvaient être culturelles, axées sur la production mais aussi sur l'ouverture vers la cité ou la nature. Des témoignages rapportent aussi que des équipes n'hésitaient pas à investir l'espace institutionnel pour adapter l'hôpital à leurs projets parfois audacieux. Ces ouvertures ont permis à de nombreux patients d'accéder à des maisons thérapeutiques ou à un suivi au domicile, à l'extérieur de l'hôpital. Pour les patients institutionnalisés de longue date et dont la déficience se mêlait à leur chronicité, les projets de réhabilitation psychosociale foisonnaient pour qu'ils puissent être orientés vers des foyers de vie ou des centres d'aide par le travail, parfois pourvus de foyer d'hébergement.

Deux quartiers sont longtemps restés réservés aux patients les plus déficitaires et leurs descriptions sont proches de nos représentations esquioliennes. Les récits décrivent des patients « pas tout à fait humains » qui y étaient la plupart du temps attachés, nus ou vêtus de tenues asilaires en gros draps de coton, souillés et lavés de façon très rudimentaire. Comme ailleurs, les témoignages précisent presque toujours l'odeur pestilentielle de ces lieux et le dégoût qu'elle provoquait, un élément particulièrement marquant. La décision de fermer ces deux quartiers pour adultes se situe dans la continuité de l'élan d'humanisation que l'hôpital connaissait alors, mais elle répond aussi à l'application de la circulaire de 1960 instaurant la politique de secteur. Quinze ans après sa parution, l'hôpital va passer d'une organisation s'appuyant sur une classification des pathologies à une répartition sectorielle. Ce changement implique l'intégration des patients relevant de la défectologie dans des pavillons dorénavant sectorisés, parmi les autres. La cohabitation s'est avérée compliquée, tant pour les patients que pour les soignants devant les accueillir. Ces patients aux pathologies de type archaïque, sans la parole et affichant des troubles du comportement envahissants ou des attitudes autistiques étranges suscitaient le rejet au sein d'un collectif en voie d'apaisement et d'amélioration. On peut de surcroît supposer

que pour ces patients, le passage d'un quartier dont les pratiques ritualisées et rigidifiées faisaient contention, à un pavillon en recherche de souplesse et d'ouverture, a pu provoquer une rupture de leur mode de vie, puisqu'ils étaient particulièrement sensibles aux limites posées par la rigidité de la ritualisation de leur vie quotidienne, mais aussi par l'autorité des « gardiens ».

Ces patients hospitalisés dans des quartiers adultes ne constituent qu'une infime proportion des accueillis à la maison d'accueil spécialisée, puisque la majorité d'entre eux n'a quitté le « service des enfants » que pour intégrer un service dédié et spécifique dans les années 1990. Un texte législatif est très important à prendre en compte pour comprendre cette répartition, il s'agit de la circulaire du 27 août 1963 « relative aux mesures particulières à prendre, dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, en ce qui concerne les arriérés profonds et les déments séniles ». Beaucoup moins célèbre, elle est présentée comme un « complément » de la circulaire du 15 mars 1960 et s'inscrit dans la continuité du clivage historique curables/incurables, puisqu'elle préconise de « prendre un certain nombre de mesures pour éviter toute promiscuité entre ces sujets et les malades atteints de troubles mentaux évolutifs, relevant de ce fait de thérapeutiques distinctes » (p. 2). Elle utilise une terminologie nosographique que nous retrouvons dans tous les « certificats de vingt-quatre heures » rédigés par les psychiatres pour justifier l'orientation vers le service des enfants :

Cette catégorie de malades comporte les sujets présentant :

- des syndromes d'arriération mentale du niveau de l'idiotie ;
- des syndromes d'arriération mentale d'un niveau supérieur à l'idiotie, mais associant des troubles moteurs ou des anomalies qui font que le sujet est incapable de se suffire à lui-même dans les actes essentiels de la vie.

Il s'agit de malades très lourdement handicapés, relevant d'une tutelle médicale étroite et d'une assistance très prolongée. (p. 2)

Cette circulaire se penche sur la situation des grands arriérés sortant des services d'enfants, des hospices dont « le seuil de tolérance va en s'élevant » et des institutions pour enfants n'ayant pas prévu d'accueil pour les adultes. Elle insiste pour que la dimension sectorielle soit appliquée à leur situation, ce qui explique leur répartition dans les services adultes sectorisés au cours des années 1960-1970 que nous venons de décrire. Et surtout, elle proclame que « La notion de continuité du traitement est applicable aux

arriérés profonds comme aux autres malades mentaux » (p. 3). Elle préconise ainsi l'organisation d'un « service spécialisé » en annexe de l'hôpital psychiatrique :

Le service qui reçoit les arriérés profonds enfants, puis adultes, doit être créé soit sur un terrain situé à proximité immédiate de l'hôpital psychiatrique, tout en étant géographiquement et architecturalement distinct de l'établissement principal, soit à distance de l'hôpital psychiatrique tout en lui étant rattaché.

Ainsi peut être évitée toute promiscuité entre les malades mentaux et les arriérés profonds, promiscuité préjudiciable à la fois aux deux catégories d'hospitalisés. (p. 3)

Nous reconnaissons ici l'origine du projet de la maison d'accueil spécialisée, qui ne s'élaborera qu'avec une nouvelle impulsion législative dans les années 1990. C'est ce modèle que l'hôpital psychiatrique de l'Eau-Vive (Soisy-sur-Seine, secteur du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris) est parvenu à mettre en place en 1971 (Eberentz et coll., 1978). Pour l'hôpital qui nous intéresse, il semble avoir été contraint à d'autres choix, puisque ces patients ont été intégrés dans les pavillons sectoriels, comme nous venons de le rapporter.

S'ils nécessitaient une surveillance de tous les instants, ces patients sont toutefois parvenus à mobiliser l'attention de certains soignants qui se sont alors engagés dans des tentatives relationnelles, les plus audacieux élaborant quelques médiations thérapeutiques très adaptées. En dépit des stages CEMÉA et de l'héritage de Séguin ou de Montessori, les soignants rapportent souvent l'aspect empirique de leur démarche et la mobilisation d'une grande créativité dans leurs propositions. Leurs récits nous laissent l'impression qu'ils se sentaient somme toute assez démunis face à l'*inquiétante étrangeté* que ces pathologies leur renvoyaient. Cette expérience d'intégration au sein des pavillons n'aura duré que le temps d'une réorganisation des services pour chaque secteur. Ainsi, des unités de longue évolution leur seront à nouveau dédiées, avec des conditions de vie de nouveau austères. L'un de ces services était d'ailleurs couramment appelé « le boyau », parce qu'il était constitué d'un long couloir, et nous pensons que ce terme n'est pas si anodin d'un point de vue symbolique. Il est également à noter que le service des enfants est resté en l'état, avec les mêmes patients, de son ouverture en 1958 jusqu'au début des années 1990, date de sa fermeture. Il s'agissait des patients les plus handicapés et donc les plus vulnérables. Les plus « agités », évalués trop dangereux pour les patients polyhandicapés, ont été orientés dans les quartiers de défectologie que nous évoquons ici, la plupart du temps dès l'âge de seize ans.

Cette période de réorganisation, propice aux ouvertures et même aux échancrures du système panoptique asilaire, a certainement permis d'entrevoir le possible d'une rencontre intersubjective avec ces sujets gravement déficitaires. Par prolongement, s'il ne semble pas que le courant de psychothérapie institutionnelle se soit spécifiquement adressé à eux, ils n'en ont pas non plus été exclus dans la mesure où la question de leurs conditions de vie à l'hôpital a dès lors été posée, puis pensée. Si la psychothérapie institutionnelle a eu l'originalité de s'appuyer sur les mécanismes transférentiels dans la relation soigné/soignant, la rencontre avec le sujet gravement déficitaire a sans aucun doute mobilisé une dynamique contre-transférentielle tout aussi fondatrice dans cette clinique si singulière.

#### DE L'HOSPICE À L'INSTITUTION MÉDICO-SOCIALE

Le contre-transfert est un des outils conceptuels affûté par François Tosquelles, dont le parcours nous intéresse puisqu'il a su relier sa pratique de la psychothérapie institutionnelle saint-albanaise à celle de la rééducation de « jeunes débilés profonds » à l'institut médico-pédagogique du « Clos du Nid », créé par l'abbé Oziol. C'est en 1956 que Tosquelles a confié à l'abbé Oziol « les trois premiers enfants coprophages, qu'il ne pouvait plus supporter dans son hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole » (Oziol, 2002, p. 131). Cette remarque nous interpelle. L'archaïque s'avèrerait donc davantage supportable dans une institution médico-sociale qu'en psychiatrie ? À cette époque, pourtant, rien n'est moins sûr.

Pour Tosquelles, la rencontre avec le sujet déficitaire vient révéler notre humanité commune. C'est un postulat proche de celui de Deligny, mais il l'envisage en situant ce rapprochement du point de vue de notre propre archaïsme. Cette révélation est parfois si troublante qu'elle entraînerait des attitudes défensives, telle la relégation, mais aussi la normalisation :

De tels *malades* ont été et continuent à être objet de rejet, de ségrégation et d'exclusion physique et morale. Il est devenu habitude culturelle enracinée pour chacun de nous, de les considérer étrangement étrangers ou aliénés à notre expérience fondamentale, lorsque plutôt – et d'ailleurs comme tous les autres malades – ils témoignent bien plus ouvertement de notre commune condition à tous. Ils contribuent ainsi avec une pertinence impertinente

à la révélation de ce que nous sommes. C'est d'ailleurs pour nous épargner l'angoisse de cette connaissance et de cette révélation brutalement éclairante, que l'on tient trop facilement à les écarter de notre vue et de notre sensibilité, dans le meilleur des cas, en nous défendant nous-mêmes par la méconnaissance systématique, superposable à ce que l'on sait de la discrimination raciale. Les rationalisations sur leur utilité ou leur inutilité sociale, voire les désarrois affectifs concernant leur *danger* ou leurs inadaptations plus ou moins agressives, constituent de vraies excuses d'auto-défense devant l'éclairage qu'ils projettent sur beaucoup de phénomènes essentiellement humains que nous préférions méconnaître. (Tosquelles, 1984, p. 18)

À première vue, les méthodes du Clos du Nid se situent dans le prolongement de leur héritage médico-pédagogique, en proposant des activités rééducatives et une orientation préprofessionnelle. Mais aussi, l'organisation de l'institution s'appuie sur les principes collectifs de la psychothérapie institutionnelle. Tosquelles l'assimile à un « damier », et nous pensons forcément ici au « radeau » de Deligny. La structuration de l'espace et du temps y est centrale, du fait de la déficience profonde des enfants. C'est en effet un cadre temporo-spatial bien élaboré qui va faire contenance et permettre aux enfants d'accéder à un processus de subjectivation pour ainsi échapper à l'aliénation. Si la répartition institutionnelle en « secteurs » spécifiques semble adopter des techniques proches de celles de Séguin – reprises entre-temps par Maria Montessori – qui sont à visée rééducative, elles développent également un axe thérapeutique primordial. Ainsi, les activités artistiques, psychomotrices, l'orthophonie, le psychodrame, les jeux de langage et d'expression avec les « éducatrices de langage » sont pensés avec l'appui de la psychanalyse et des récentes découvertes quant au développement psychique de l'enfant. Par exemple, cette organisation tient compte de la triangulation œdipienne, les ateliers étant menés par des « éducatrices de type paternel » alors que la vie quotidienne et les soins de maternage sont assurés par des « éducatrices de type maternel ». La question du corps a également été dégagée des *princeps* organicistes et mécanicistes pour la croiser davantage à l'expérience subjective :

La notion du corps vécu, que les techniques analytiques ont permis d'enrichir bien au-delà de la première notion techniquement neurologique du schéma corporel, nous permet d'aborder le problème de l'éducation des grands arriérés sous un autre angle, tout en restant par ailleurs dans la tradition des premiers médecins éducateurs d'anormaux : Bourneville et Séguin. En effet, nous posons comme principe qu'avant d'éduquer quelqu'un, il faut que

ce quelqu'un existe précisément en tant qu'un personnage vécu et intégré par et dans le corps propre de l'enfant. (Tosquelles, 1958, p. 51)

La notion de « personnage vécu » nous rapproche à nouveau la notion d'identité narrative de Paul Ricœur, dans la mesure où le corps, avec son expression, devient un moyen pour le sujet de se désigner. Et si l'enfant existe en tant que sujet, s'il se construit jusque dans son corps, il peut ainsi intégrer l'expérience « de l'ici et maintenant ». Par extension, l'organisation institutionnelle va alors lui permettre de s'engager dans des rapports sociaux et dans une expérience groupale. La « pédagogie active » défendue par Tosquelles privilégie l'éducation en tant que « processus social » (1984, p. 99-100). C'est donc le dynamisme de la structure collective qui soutient l'impulsion subjective de l'enfant, son « sentiment d'activité » au sein du groupe. Là encore, nous retrouvons le principe de la « puissance d'agir », proposé par Ricœur (1990, p. 136).

C'est aussi l'implication d'une équipe qui va rendre ce collectif opérant et étayer l'esprit d'initiative de l'enfant à l'encontre de sa passivité corrélative à ses déficiences :

C'est-à-dire que l'important est ce qui permet sa véritable fonction d'accueil, la détection des moments féconds où les changements s'imposent à partir de la vraie demande collective et celle de chacun. J'allais déjà écrire que ce qu'il convient d'aiguiser, c'est la fonction d'écoute entendante de l'ensemble institutionnel prévu. (1984, p. 104)

Un dispositif complet de réunions a été mis en place afin que les intervenants puissent interroger leurs pratiques, celles-ci étant susceptibles de se transformer pour s'adapter à l'actualité institutionnelle qui s'élabore en fonction de l'évolution des enfants. Cette dynamique nécessite alors une lecture fine des mouvements subjectifs de chaque enfant accueilli. Les temps de reprise en réunion ont l'avantage de donner du sens à ce qui n'en aurait pas forcément au fil de la vie quotidienne. Les travaux de Tosquelles montrent une volonté institutionnelle de soutenir la subjectivation de la personne gravement déficitaire en lui apportant non seulement des assises structurantes, mais aussi en favorisant son expressivité. Cette posture œuvre ainsi dans le sens d'une amélioration, telle qu'elle pouvait être décrite par Bourneville. Cette attitude active, tant de l'organisation institutionnelle que de l'engagement des intervenants, s'applique donc à contrer l'évolution régressive et déficitaire du sujet accueilli.

Le maniement du transfert et surtout du contre-transfert est alors un outil conceptuel primordial. C'est aussi ici que réside l'application la plus évidente de la psychothérapie

institutionnelle à l'accueil du sujet déficitaire en institution. Pour que les activités et l'organisation structurante de l'institution aient des qualités transitionnelles, il s'agit de pouvoir aussi en saisir les déplacements affectifs et leurs mécanismes identificatoires dans un jeu complexe d'investissement et de désinvestissement. Tosquelles a su tenir compte des « pétrifications contre-transférentielles » (*ibid.*, p. 110) porteuses d'attitudes défensives chez les intervenants, générées par cette rencontre singulière avec le sujet gravement déficitaire. Il observe que la relation, éducative en particulier, nécessite des mouvements régressifs chez les professionnels pour qu'elle puisse s'opérer face à des enfants aux comportements très archaïques :

Ce que nous avons dit de l'intérêt de « pratiquer » des comportements « régressifs » dans le groupe, chez les éducateurs, pour qu'ils soient en état de pouvoir établir le dialogue avec les enfants, est aussi vrai et indispensable en ce qui concerne la « pratique » de ses propres « mouvements défensifs ». Le besoin de faire apparaître les défenses sous leur véritable jour, de les déceler et de les évaluer dès leur apparition, est une « pratique » indispensable aux éducateurs qui ont à faire face aux comportements distordus et perturbés des enfants. L'une et l'autre de ces « pratiques » ne peuvent s'acquérir que par les « séances » de groupe des adultes. (*ibid.*, p. 155)

C'est le principe de l'analyse des pratiques. Les intervenants nécessitent donc d'être soutenus dans ces mouvements, pour que leurs pratiques soient pensées dans un autre registre que celui de l'efficacité uniquement technique, afin d'accompagner l'enfant du « faire » vers « l'agir » pour reprendre la terminologie delignienne. La pratique de la psychothérapie institutionnelle de Tosquelles a donc permis que « l'institution organise un dispositif, d'ailleurs souple, d'irrigation intra-institutionnelle pour convoier l'angoisse et la rendre féconde » (*ibid.*, p. 208).

Le « Clos du Nid », basé en Lozère, non loin de chez Deligny, est devenu une référence historique en matière d'accueil de l'enfant déficient et ses innovations institutionnelles se sont largement diffusées en France. Comme Fernand Deligny, François Tosquelles a longtemps été un auteur classique de la formation d'éducateur spécialisé. Son éclairage, tant sur l'institution en tant qu'objet transitionnel et contenant, que sur le maniement des mécanismes transférentiels et contre-transférentiels a certainement permis une évolution des pratiques auprès du sujet déficitaire.

Toutefois, à la différence de Séguin et de Bourneville, il n'observe pas de réussite absolue de son traitement. Lorsque les enfants grandissent et que leur évolution le permet, ils sont

orientés vers des activités préprofessionnalisantes, à visée « d'acculturation ». Mais d'autres adolescents, davantage en difficulté, sont orientés vers le « 2<sup>ème</sup> secteur » qui propose des « activités de rattrapage » :

Il est évident que si la plupart des enfants de cette section de rattrapage n'ont pu faire de progrès, c'est surtout à la suite de la surcharge psychotique qui n'a pas été chez eux déjouée, comme chez les autres enfants, malgré les quelques années d'efforts. Chez beaucoup de ces enfants, la surcharge psychotique qui est responsable de quelques régressions spectaculaires à la puberté, s'est cristallisée très rigidement par des structures neurologiques elles-mêmes très perturbées à la base. Un grand nombre de ces enfants sont marqués par des troubles sous la forme de déficiences neuromotrices en foyer, soit de type paralytique, soit de type épileptique. Mais presque toujours, c'est la supra-structure psychotique de leur personnalité qui a mis en échec beaucoup des efforts faits pour de tels enfants. (Tosquelles, 1984, p. 133)

Il est également innovant de s'intéresser à ces sujets sous un angle structuraliste et d'observer que l'évolution déficitaire de certains enfants révélerait qu'une structure psychotique peut être mêlée à un terrain organique lésé. La pédopsychiatrie française est alors en grande évolution clinique et conceptuelle, avec les découvertes de la psychanalyse qui se sont ensuite croisées à un développement phénoménologique de la psychopathologie. L'approche de François Tosquelles montre qu'il devient possible que les avancées de la psychiatrie puissent se diffuser dans le champ spécifique de la déficience intellectuelle, qui nous semble encore rester liminaire à cette époque. Car majoritairement, l'état de sujet semble rester lié à sa possibilité d'accéder au langage et l'amélioration de l'enfant déficient intellectuel s'attache quant à elle à ses capacités d'apprentissages vouées à une adaptabilité sociale.

Au cours des années soixante, les travaux de Roger Misès et de ses collaborateurs ont initié une vision clinique du sujet déficient intellectuel, en en proposant les caractéristiques suivantes :

La priorité est donnée à une évaluation clinique et psychopathologique qui vise à une approche compréhensive du fonctionnement mental et des mécanismes défensifs, ceci dans une saisie élargie permettant de relier entre elles les composantes intra-psychiques, et intersubjectives. (2002, p. 14)



Dans leurs avancées cliniques et psychopathologiques, la prise en compte de l'intériorité du sujet et de son vécu psychique a transmis tout l'intérêt de lui porter un regard plus attentionné et propice à l'identification. Le concept de psychoses à expression déficitaire, développé par Roger Misès (1975) et son équipe dans les années soixante, a contribué à envisager la déficience intellectuelle dans une dimension structurale, ce que proposait donc déjà François Tosquelles, mais aussi sous un aspect évolutif, comme Séguin et Bourneville l'avaient aussi pressenti. Envisager que « l'irrécupérabilité » de certains enfants, animés par des troubles des conduites impossibles à enrayer au moyen des techniques éducatives traditionnelles, puisse être le résultat symptomatique d'un vécu psychotique a certainement permis qu'ils puissent accéder aux soins et peut-être sortir de l'état de relégation auquel ils étaient contraints.

Roger Misès s'est inscrit dans l'héritage de Désiré-Magloire Bourneville, en devenant en 1957 le médecin directeur de la Fondation Vallée. C'est aussi la date de l'ouverture du service des enfants inéducables dans l'hôpital qui nous intéresse, ce qui nous montre qu'à cette époque, le destin des enfants déficitaires est en train d'évoluer. La circulaire du 27 août 1963 montre également une préoccupation des services de l'État à leur égard. Roger Misès fait le récit de l'état d'abandon dans lequel il a trouvé cette institution, au fonctionnement asilaire marqué par le siècle dernier, et de ses efforts déployés pour la faire devenir lieu de soins (Blanchard, 2010). Son orientation psychodynamique et « multidimensionnelle » mêle pédagogie, éducation et soins pour soutenir autant la rééducation que la subjectivation des enfants arriérés profonds qui se trouvaient jusqu'alors « mis au rebut ». Le « réveil » de la Fondation Vallée, avec l'arrivée des instituteurs puis des éducateurs a permis d'observer une évolution chez les enfants :

Il apparût bientôt que les modifications observées n'étaient pas seulement symptomatiques, elles rendaient compte de réelles modifications structurales. Il fallait donc s'interroger sur l'organisation psychopathologique, sur les virtualités de ces sujets, qu'on s'était contenté de regrouper sous la rubrique sommaire de l'arriération mentale profonde. (Misès, 1980, p. 10)

Les pratiques des intervenants vont être étayées d'un regard clinique qui tient compte de l'expérience subjective des jeunes accueillis, dans un souci de compréhension de leur fonctionnement psychique singulier et de la différenciation de chaque tableau psychopathologique. Le trouble des conduites est alors compris comme un élément constitutif de l'économie psychique du sujet. Il ne s'agit plus seulement de le corriger

dans une visée adaptative et encore moins utilitariste, mais de soutenir l'enfant en tant que sujet différencié, dont l'accès à la symbolisation se trouve entravé par un processus déficitaire mais complexe, qui ne peut être figé. Misès et son équipe, à l'approche « multidimensionnelle », vont élaborer un dispositif de cure institutionnelle, « où les points de convergence l'emporteront sur les hétérogénéités » (1980, p. 16), dans le lien dialectique entre la « dimension éducative » et la « dimension psychothérapique », chacun contribuant au « processus curatif », au potentiel contenant et subjectivant pour mobiliser l'enfant accueilli.

En évoquant les échanges au sein des équipes, Marie-José Bailly-Salin, psychologue clinicienne, rapporte une « solidarité de pensée » (1980, p. 80), surtout lorsqu'il s'agit d'aborder les spécificités des structures institutionnelles et donc des pratiques de chacun. Le travail d'équipe est orienté par la psychanalyse, les acteurs institutionnels – en particulier le psychanalyste – s'étant dégagés des conventions de la cure-type pour élaborer un modèle de compréhension et d'application institutionnelle. Ainsi vont-ils penser et réguler l'institution en tant « qu'espace potentiel » pour y apprécier les effets d'un travail d'équipe unifiant et structurant, tant pour l'enfant et sa famille que pour les intervenants confrontés à des expériences dans une proximité parfois déroutante, voire délétante :

Lorsque prédominent les difficultés de la rencontre et de l'échange duel, l'équipe aide à soutenir l'illusion anticipatrice, en instituant un appui direct à l'éducateur engagé qui se trouve soutenu par l'identification très proche, de tel ou tel, et, plus largement « réanimé » par la fantasmatisation, la symbolisation, introduites au sein du groupe. Cet apport est indispensable dans l'approche d'enfants enfermés dans une position autistique ou isolés par des mécanismes massifs qui mènent toutes les tentatives de rencontres vers des itérations sans fin. (Misès, 1980, p. 27)

Les apports de la psychothérapie institutionnelle sont présents et amendés, on y retrouve par exemple le choix de constituer des groupes « sur des critères fonctionnels plutôt que sur des données tirées de la nosographie ou du quotient intellectuel » (Misès, 1980, p. 13). C'est une orientation assez similaire à celle de Tosquelles.

Cette transformation de la Fondation Vallée s'avère hautement symbolique, dans la mesure où elle représente le passage d'une conception aliéniste de l'enfant idiot à une conception dynamique de l'enfant porteur d'une arriération mentale profonde, tout en développant la politique de secteur de la psychiatrie infanto-juvénile qui va engager

l'ouverture de l'institution sur la cité. Autrement dit, c'est un passage de l'assistance à l'accueil thérapeutique, au moyen de la cure institutionnelle. Elle montre aussi la possibilité de rapprocher le champ de la psychiatrie de celui du médico-social.

## NAISSANCE DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

Nous l'avons vu, tous les aliénistes n'adhéraient pas au constat, sans appel, d'Esquirol déclarant les idiots incurables et inéducables. Les initiatives de Félix Voisin, d'Édouard Séguin et de Désiré Magloire-Bourneville nous apparaissent les plus marquantes, mais bien d'autres praticiens ont contredit l'inéducabilité des idiots grâce à l'observation de leurs possibilités d'amélioration. Séguin et Bourneville ont été les plus incisifs, dans la mesure où ils ont dénoncé que leurs conditions de vie à l'asile étaient le principal facteur de leur chronicité et même de leur état déficitaire.

Dans sa préface de l'ouvrage que Jacqueline Gateaux-Mennecier a consacré à l'œuvre de Bourneville, Roger Misès souligne ses innovations, son originalité mais aussi ses apports cliniques visionnaires. Bien qu'Alfred Binet ait pu critiquer ses écrits cliniques, que Jacques Hochmann qualifiera à son tour de « triomphalistes, dans un souci de propagande » (2008, p. 145), nous relevons que Bourneville fut le premier à s'intéresser aux « facultés affectives » des idiots et à s'appuyer sur leur anamnèse en s'attachant à l'étude des premiers liens de l'enfant pour considérer la qualité de leur développement.

Pourtant, dès 1895, Bourneville écrivait :

Il faudrait admettre ces enfants « à partir de 2 ans », parce que, plus tôt vous luttez contre la défectuosité cérébrale, plus vous avez de chance d'avoir de meilleurs résultats, tandis que, plus tard, vous avez à lutter non seulement contre les conséquences des lésions cérébrales, congénitales ou acquises, mais encore contre toutes les mauvaises habitudes contractées. Dès qu'on s'aperçoit de l'état d'idiotie des enfants, il convient de les traiter et de les instruire. (*op. cit.*, p. 186)

Il dessinait déjà l'idée d'une action précoce en disant la nécessité d'une admission des enfants atteints d'idiotie dès l'observation de leurs troubles. Il n'envisageait toutefois pas les effets d'une telle séparation sur la vie affective des enfants, puisque l'hospitalisme et les remaniements objectaux de la petite enfance n'étaient pas encore découverts. C'est la douloureuse expérience de la Seconde Guerre mondiale qui mettra à jour les effets

délétères d'une séparation précoce. Il faudra attendre les années trente pour que la psychiatrie infanto-juvénile devienne une discipline spécifique, les années soixante pour le développement d'une intervention sectorielle et les années soixante-dix pour qu'un travail en réseau ne se construise réellement, notamment avec la création des CAMSP qui ne verront le jour qu'en 1976.

Comme nous l'évoquons plus haut, les études cliniques de Misès et de son équipe sont venues préciser les conceptualisations des états pathologiques que présentent ces patients tout en déclinant leurs formes polymorphes et dysharmoniques. Elles intègrent les apports des neurosciences et des sciences cognitives, la psychanalyse étant une assise essentielle en tant que modèle de compréhension de l'expérience subjective. Elles s'appuient donc autant sur les aspects organiques – les atteintes cérébrales – que sur la prise en compte de l'importance de la qualité de l'environnement – notamment familial – d'un enfant quant à son développement affectif et cognitif. L'intrication étroite entre les déficiences instrumentales et instinctuelles, les perturbations de l'instauration des premiers liens et les troubles de niveau psychotique ont permis de reconnaître la possibilité chez le sujet d'aménagements structurels. En le dégageant ainsi d'une conception déterministe posée par le principe d'incurabilité, mais aussi d'inéducabilité, il devient possible que le sujet soit accueilli tel qu'il est, dans une autre perspective que son adaptabilité sociale, et que sa sensibilité psychique soit prise en compte. La longue expérience clinique de l'équipe de Roger Misès nous permettra de différencier les psychoses déficitaires précoces (1963), puis les dysharmonies psychotiques (1966) et enfin les déficiences dysharmoniques (1975) (Blanchard, 2010). Ces apports novateurs aboutiront à une réflexion autour de l'élaboration d'une classification française (CFTMEA, 1988), dont la précision et l'appui sur l'observation clinique feront référence et apporteront une dynamique évolutive, différente des orientations généralistes de la classification DSM. Une sixième version (Garrabé & Kammerer), parue en 2015, étend le modèle à l'âge adulte, comme l'avait envisagé Roger Misès avant sa disparition. La succession des versions nous montre que la pensée de ces cliniciens d'après-guerre s'est maintenue dans le temps, elle s'est amendée et a étayé les pratiques tout au long des changements institutionnels qui ont jalonné cette période. Ici encore, nous remarquons la continuité du développement des conceptions cliniques et psychopathologiques. Si les cliniciens d'après-guerre sont les héritiers des aliénistes, comme nous allons l'observer dans notre intermède, ceux d'aujourd'hui s'inscrivent à leur tour dans cet héritage conceptuel transgénérationnel.

Avec Roger Salbreux et Roger Perron, Roger Misès a longtemps œuvré pour que se développe une « psychiatrie médico-sociale », qui soit à l'interface de la psychiatrie et du secteur médico-social qui se développait alors avec l'initiative des associations de parents d'enfant handicapés.

Un autre courant voit le jour à la même période. La clinique de Georges Heuyer, qui développe la neuropsychiatrie infantile, se tournera surtout vers les jeunes caractériels présentant des troubles du comportement.

Lorsqu'il s'intéresse aux jeunes débiles, il préconise une rencontre clinique avec le sujet pour que toute sa complexité soit prise en compte et ne s'arrête pas à la présence d'anomalies morphologiques, endocriniennes et/ou neurologiques, même s'il est établi que ces lésions et/ou malformations sont associées aux troubles du développement. Mais au-delà de l'accès de l'enfant déficient à « l'instruction pédagogique », dans les années cinquante la finalité de l'intervention rééducative reste son adaptation aux normes sociales, et en particulier son accès au travail. Sa récupérabilité semble donc étroitement liée à ses capacités à se conformer aux exigences de la société dont la valeur travail reste un fondement incontournable :

Tout ce qu'on dira de plus général c'est que les débiles intellectuels simples, harmonieux, placés dans de bonnes conditions professionnelles et sociales ont les plus grandes chances de s'adapter facilement.

Pour tous les autres il s'agit de cas d'espèce : psychologues et psychiatres, psychanalystes ou non, doivent étudier le degré apparent, la forme de la débilité, le milieu affectif et social, les réactions dans la famille et en dehors de la famille, les désirs et les aptitudes, l'état physique intellectuel et affectif, les possibilités d'adaptation professionnelles. En principe nous pouvons dire que tout débile mental est utilisable et, dans certaines conditions à déterminer, adaptable socialement. (Heuyer, 1949, p. 666)

Nous constatons ici que Georges Heuyer reste dans la lignée utilitariste des aliénistes, en adéquation avec les discours de l'époque relatifs à la mise au travail. Toutefois, nous observons que la connaissance clinique du sujet s'affine peu à peu et même si son utilité sociale apparaît en tant qu'enjeu de son humanité, Georges Heuyer met l'accent sur son affectivité et l'importance de ses relations objectales dans sa construction subjective. Nous pouvons associer cette notion avec les travaux contemporains de René Spitz et sa

découverte de l'hospitalisme, également développée en France par Jeanne Aubry qui a travaillé auprès d'Heuyer avant-guerre.

Il repère aussi l'existence de « troubles du caractère » chez les arriérés profonds en évoquant « des troubles affectifs du comportement qui compliquent la vie familiale et assombrissent le pronostic social » (1958, p. 8). Il y associe la persistance de la notion d'irrépérabilité dans certains cas, notamment lorsque le sujet n'est pas en mesure de s'adapter aux normes sociales et son discours conserve alors un accent du passé aliéniste :

Enfin, à la débilité intellectuelle s'associent quelquefois des tendances perverses, avec un minimum d'affectivité et surtout des tendances malignes à faire le mal. Cette nocivité est quelquefois congénitale, comme la débilité. Précocement le débile est méchant à l'égard des animaux, de ses frères et sœurs, de ses camarades de jeu, ou de ses parents. Nous avons observé un débile profond de 6 ans, idiot, incapable de marcher et de parler, réellement grabataire. Il était agité, violent, destructeur, lacérait le linge, mordait et griffait quiconque l'approchait. Malgré son insuffisance motrice il avait profité d'une absence de sa mère pour sortir de son lit, se traîner jusqu'au berceau de son frère âgé de 6 mois, faire tomber à terre le nourrisson, et lui briser le crâne par des coups répétés contre les murs et le parquet de la chambre. — Dans d'autres cas, certains débiles conscients de leur infériorité intellectuelle, scolaire et sociale, entrent en opposition avec leur entourage, deviennent hostiles et agressifs, volent, incendient et cherchent à nuire de toute façon pour se venger des gens bien portants et du sort malheureux qui pèse sur eux. Les réactions malignes et perverses sont conditionnées par leur propre état et leur comparaison avec leurs frères et sœurs mieux partagés au point de vue intellectuel. Tous ces troubles de l'affectivité et du comportement gênent le sujet dans son adaptation sociale plus que le retard intellectuel qui peut être amélioré, utilisé, compensé. (1949, p. 659)

Cette vignette clinique et son commentaire nous montrent qu'un changement des représentations de la déficience ne s'est pas instauré de façon soudaine. Les représentations de Georges Heuyer sont toujours porteuses d'une stigmatisation de la potentielle dangerosité de l'idiot, en particulier lorsqu'il se trouve issu d'un milieu défavorisé, comme la soutenait également Félix Voisin. Nous verrons beaucoup plus tard les développements de la clinique de Régine Scelles à propos des fratries de l'enfant handicapé qui nous proposera une nouvelle lecture du handicap au sein de la famille.

Il faudra donc encore patienter quelques années pour qu'avec les développements de la psychanalyse et les nouveaux acquis de la psychiatrie en Europe, au sein d'une société en pleine mutation, une approche pluridisciplinaire et dynamique permette d'engager la

modification de nos représentations, mais aussi des logiques d'orientation et d'accueil des sujets déficitaires. Il s'agit alors de se dégager de l'idée que des troubles du comportement, comme l'hétéroagressivité et l'autoagressivité puissent émaner de personnalités perverses ou « méchantes », dans la volonté de nuire, pour reprendre les termes d'Heuyer.

Il est également important de tenir compte de la découverte de l'autisme par Léo Kanner en 1943. Moïse Assouline (2014) nous rappelle que cette découverte a été relayée en France par René Diatkine et ses collaborateurs en 1959, lorsqu'ils ont émis l'hypothèse que certains arriérés puissent présenter un syndrome autistique. « À la notion de manque, de déficit se substitue celle d'un « trouble de la personnalité ». On déplace la recherche de la cause, « l'hypothèse étiologique », de l'organogenèse vers la psychogenèse. », écrit-il en remarquant que ce changement de paradigme, associé à l'action de Roger Misès à la Fondation Vallée, va réhabiliter de nombreux enfants jusqu'alors relégués. C'est aussi à cette période que de nombreux « raccourcis » vont être pris entre les travaux de Léo Kanner et ceux des psychanalystes, jusqu'à vulgariser l'idée de la responsabilité des parents dans le développement de l'autisme chez leur enfant. Cette idéologie est la source de nombreux conflits ayant pris une telle ampleur jusqu'à ce que de nos jours, les politiques en faveur de l'autisme soient empreintes d'un rejet de la psychanalyse et de l'hypothèse psychogénétique erronée qui lui est associée. Dans notre seconde partie, nous verrons que la question causale est aussi sensible qu'ancienne et a un impact important auprès des familles touchées par le handicap et la maladie.

Moïse Assouline montre que dès sa création, la pédopsychiatrie a œuvré pour le maintien des liens de l'enfant avec sa famille au moyen de « parcours intégratifs », lorsque les hôpitaux psychiatriques français étaient « la ressource ultime par défaut » pour « recueillir par obligation ces enfants déçus, exclus de la société *et de leur famille* ». Que l'autisme soit d'abord identifié comme un trouble de la personnalité impliquait que l'enfant puisse être soigné au sein de sa famille, contrairement à ceux pour qui l'organogenèse du handicap et son incurabilité établie engageaient un destin asilaire. Force est de constater combien cet antagonisme curabilité/incurabilité est tenace et invasif. La confrontation des soignants à l'incurabilité aurait donc aussi influencé le destin des personnes avec autisme :

La matrice de ce premier recul de la profession (sur le plan du maintien des enfants dans leur famille, moteur de sa mobilisation initiale) est qu'elle avait cru guérir les enfants

autistes de « leurs troubles de la personnalité » par des « soins intensifs » inspirés par la psychanalyse. Or, devenus adolescents ils ne sont pas guéris. En fait ils sont plus lourds, plus costauds et la sexualité les envahit. Comme la psychiatrie est bien capable de le faire, elle va transférer sa frustration d'une impasse technique et de son manque de moyens en une vague théorie. On préconise la séparation car maintenant les parents seraient cause de la *persistance* des troubles : ils seraient « incapables de contenir ces jeunes », un leitmotiv qui revient dans les dossiers-patients, les articles et les études de l'époque. (Assouline, 2014)

Faute de solution d'accueil pour ces adolescents et jeunes adultes, un engouement pour les lieux de vie alternatifs se développe dans les années 1970, qu'Assouline qualifie de « déversoirs ». Il fait alors le lien entre l'absence de lieux pensés pour être adaptés spécifiquement à l'autisme et une méprise idéologique :

Tandis qu'on reste aveugle à ces conséquences des tranches d'âge limitées dans les institutions, à ces abandons et ces errances des enfants et de leurs parents, un autre concept justificateur se répand, celui de « la discontinuité thérapeutique ». En ne prévoyant pas une suite institutionnelle à leur parcours, on donnerait une meilleure chance à ce que leurs capacités ou leurs désirs émergent : établir une filière et des relais serait *psychiquement* enfermant. Or, c'est à cause de cette négligence que, devenus adultes, beaucoup seront de retour *physiquement* dans des services asilaires, reconstituant l'horrible « déféctologie » des années 50. (Comme alternative, les déversoirs d'aujourd'hui les conduisent en Belgique). (*ibid.*)

S'il est ici question des jeunes autistes, l'ensemble des pathologies de type archaïque nous semble poser tout autant problème dans les institutions, qu'elles soient sanitaires ou médico-sociales. Car en parallèle du développement de la pédopsychiatrie, le secteur médico-social s'est déployé mais, comme nous l'avons vu avec l'expansion du travail protégé, celui-ci ne s'adresse majoritairement pas aux jeunes trop déficitaires ou archaïques. Ceux-ci, comme les autistes, restent affiliés aux soins. Patrice Pinell et Markos Zafiroopoulos (1978) relient l'émergence de la pédopsychiatrie à celle des associations de parents et du champ de l'enfance inadaptée qui se spécialise. Avec cette expansion, qu'ils estiment politique, c'est tout un champ scientifique et pluridisciplinaire qui s'est développé. C'est dans l'élan de la création de la pédopsychiatrie dans la seconde partie du vingtième siècle que la complexité de la déficience intellectuelle a été mise en évidence. Il fut alors avancé que la « débilité » chez l'enfant impliquait une déficience développementale des capacités intellectuelles, psychomotrices et/ou affectives.



Contrairement au développement harmonieux et dynamique de ces facultés chez l'enfant ordinaire, celui de l'enfant débile, souvent dysharmonique, entraîne des déficiences dans une ou plusieurs de ces sphères. « Chaque débilité intellectuelle est un cas d'espèce qui réclame une solution individuelle en vue d'une adaptation sociale. », écrivait Georges Heuyer (1949, p. 661-662).

Ainsi, Pinell et Zafiropoulos observent que cette « médecine sociale moderne » se détache du schéma traditionnel de l'opposition curabilité/incurabilité pour proposer une démarche de prévention, de dépistage et de rééducation (*op. cit.*, p. 56), ce qui correspond au principe de « récupération » que nous avons observé plus haut. Le débat semble résolu : les enfants handicapés sont certes incurables, mais ils sont éducatifs et se dégagent ainsi du champ de la psychiatrie pour celui du médico-social qui saisit cette opportunité pour se développer. Il s'organise en prévoyant une continuité des prises en charge, de l'accueil du jeune enfant jusqu'à celui de l'adulte, puisqu'il est établi qu'ils auront besoin d'assistance tout au long de leur vie.

Les auteurs remarquent aussi que de nombreux pédopsychiatres vont se retrouver à des postes importants, souvent la présidence, de conseils d'administration d'associations de familles, cette « dialectique d'intérêts réciproques » (*ibid.*, p. 63) donnant toute légitimité au développement du champ de l'éducation spécialisée et à l'attribution de fonds publics pour la création d'institutions médico-sociales :

Un objectif commun les unit : la lutte contre l'hôpital psychiatrique. « Non aux ghettos systématiques ! Non aux asiles dépotoirs ! Non à l'indifférence générale ! » sont les mots d'ordre sur lesquels se mobilisent des parents d'enfants déficients mentaux profonds (souvent mongoliens), qui cherchent à rompre avec la seule alternative de prise en charge existant jusque là — l'hôpital psychiatrique ou le maintien à domicile — en mettant en place des structures d'un type nouveau (qui deviendront les Instituts médico-pédagogiques). (1978, p. 28)

La pédopsychiatrie, envisageant la guérison de ses jeunes patients, ne déploie pas de dispositif spécifique aux adultes. C'est ainsi que dans l'hôpital qui nous intéresse, nous verrons des patients quitter le service des enfants dès l'âge de seize ans pour des services d'adultes indifférenciés. Puis, peu à peu, ce même service des enfants conservera son nom mais y verra ses jeunes patients atteindre l'âge de quarante ans, jusqu'à ce qu'il soit envisagé, à partir des années 1990, que les hôpitaux psychiatriques puissent créer des établissements médico-sociaux pour y orienter leurs patients de « défectologie ».

Pourtant, c'est dès 1963 que l'État prend en compte cette problématique nationale :

À l'heure actuelle, dans un nombre relativement important d'hôpitaux psychiatriques, existe déjà un service d'enfants arriérés profonds. Cependant, lorsque le sujet grandit, son hospitalisation dans un service d'adultes devient nécessaire. Faute de locaux séparés, le grand arriéré doit être placé au milieu des malades atteints de troubles évolutifs.

Dans d'autres hôpitaux psychiatriques, le placement des enfants arriérés profonds n'est pas assuré par l'hôpital psychiatrique, mais les formations qui assurent cette hospitalisation sont contraintes de faire admettre le sujet à l'hôpital psychiatrique lorsqu'il atteint l'âge adulte. Encore une fois l'hospitalisation s'effectue dans des pavillons non spécialisés de l'hôpital psychiatrique, qui sert ainsi d'« exutoire » à des services d'enfants dont on n'a pas prévu la suite évolutive.

Dans les deux cas, l'hospitalisation de l'arriéré adulte dans des pavillons banaux a pour résultat :

- d'entraîner pour le sujet la perte des acquisitions qu'il avait pu faire au service d'arriérés profonds en raison du changement de milieu qui lui est imposé ;
- de limiter pour les malades mentaux proprement dits les possibilités de recours à des techniques psychiatriques de haut niveau.

Les inconvénients de cette situation risquent d'aller en s'accroissant en raison, notamment, de ce que le seuil de tolérance de l'hospice, qui par le passé a bien souvent accepté d'accueillir un nombre plus ou moins important d'arriérés profonds, va en s'élevant.

Il convient donc de mettre en place le dispositif à prévoir pour faire face à cette situation.

(Circulaire du 27 août 1963, p. 2-3)

Si l'État préconise l'ouverture de services dédiés, il se plie à cette situation problématique et donne ainsi son aval à l'orientation de nombre d'arriérés à l'hôpital psychiatrique, ce qui aura un impact, nous le verrons, lorsque l'évolution des politiques de santé mentale engagera la psychiatrie dans un processus de déshospitalisation. Dans cette circulaire est toutefois constatée l'importante carence des dispositifs spécialement dédiés aux arriérés, puisqu'il est décrit que d'une part, les arriérés profonds adultes sont hospitalisés dans des services généraux et que d'autre part, les services d'enfants sont situés au sein des hôpitaux. La situation de l'hôpital qui nous intéresse est conforme à cette observation, et nous supposons que le maintien de nombreux adultes dans le service des enfants a tenté de parer aux carences institutionnelles, jusqu'à ce que le projet de maison d'accueil spécialisée voit le jour au début des années 1990.

Ce contexte semble avoir été aggravé par l'opposition que nous observons encore aujourd'hui entre les secteurs sanitaire et médico-social. Cette conjoncture reflète déjà

toute la méfiance, voire la défiance, des familles de sujets handicapés à l'égard du champ de la psychiatrie. Pinell et Zafirooulos soutiennent que le diagnostic de débilité s'est trouvé suffisamment élargi pour que de nombreux enfants soient orientés vers les IMP, les hôpitaux psychiatriques se trouvant « relégués dans la seule prise en charge des grands arriérés profonds » (1978, p. 29). Mais n'aurions-nous pas pu, dans cette phrase, inverser sujet et complément ? Il apparaît surtout que les « arriérés profonds » restent marqués par des représentations négatives, empreintes de honte et de culpabilité. Leur traitement social, mais aussi moral, par les aliénistes en a fait une catégorie liminaire, à la limite de l'humanité. Nous verrons dans notre seconde partie les fantasmes de monstruosité déshumanisants qui y restent attachés. Qu'un enfant soit orienté à l'asile révélait alors sa mésinscription et son incapacité à évoluer au sein d'une communauté humaine.

Dans l'ouvrage qui restitue sa thèse de psychopathologie clinique, Fleur Michel (2009) s'appuie sur son expérience de psychologue en institut médico-professionnel auprès d'adolescents handicapés mentaux. À partir de ses rencontres cliniques, elle met en évidence la souffrance psychologique du sujet dont la construction identitaire et le développement de ses liens d'attachement ont été entravés par le déficit.

Au commencement de sa recherche, Fleur Michel s'engage dans une perspective historique des conceptions du handicap mental. Elle analyse nos représentations collectives de celui-ci en retraçant son apparition puis l'évolution de son traitement, tant social que médical, à travers les époques. Pour développer son argument, elle utilise le concept d'espace :

Comme fil directeur de cette première partie à caractère historique, je suivrai la structuration progressive des espaces dévolus aux sujets handicapés et, conjointement, la distinction de ces sujets à partir des catégories dont ils firent régulièrement partie, à savoir les infirmes, les fous, les pauvres, les marginaux, les malades... jusqu'à l'émergence de l'approche psychologique, sous l'impulsion d'une décision politique, puis de l'approche psychopathologique. (p.12)

Cette conceptualisation est venue croiser notre questionnement à propos du destin des accueillis de la maison d'accueil spécialisée qui, nous l'avons vu, n'ont trouvé leur place au milieu des autres ni dans la cité, ni à l'école, ni au travail et jamais vraiment non plus à l'asile. L'exemple de la *tentative* de Fernand Deligny a montré qu'un modèle social

justement hors du social pouvait constituer un espace de subjectivation pour ceux qu'il qualifie pourtant « d'individus non sujets » (1978, p. 1147).

Reprenons ici rapidement la réflexion de Fleur Michel. Elle avance qu'aux origines, de l'Antiquité jusqu'au Moyen Âge, l'espace dévolu aux sujets marqués par l'anormalité n'existait pas. Leur non-conformité leur interdisait l'accès à l'espace social et à une place de semblable parmi les humains. Ils étaient assignés à l'espace « de l'au-delà, de l'ailleurs, du divin, un espace secret, hors de l'espace social, qui est finalement celui de la mort, de la destruction, du sauvage, du non-humain » (*op. cit.*, p. 14).

Au Moyen Âge, un espace d'exclusion leur fut dévolu. Ils étaient soit marginalisés, objet de protection et de miséricorde (la Cour des Miracles), soit persécutés, objet d'inquisition et de destruction (le bûcher) (*ibid.*, p. 17). Bien qu'il soit porteur de stigmatisation et de rejet, Fleur Michel remarque que cet espace d'exclusion indifférencié était somme toute un espace subjectif qui s'inscrivait dans l'espace social, jusqu'alors inaccessible.

Lorsque la science s'est développée au cours du XV<sup>ème</sup> siècle, Fleur Michel désigne un nouvel espace, qui va commencer à différencier et à catégoriser l'anormalité :

Le nouvel espace dans lequel handicapés, infirmes, monstres et fous sont pris en considération est celui de la réflexion et des études scientifiques. Les recherches portent alors sur la question des origines : origines de la difformité, des maladies mentales. (*ibid.*, p. 17)

La recherche de causalité de l'anormalité va avoir pour effet de rationaliser son irruption en amorçant une mise à distance de l'impact négatif des superstitions qui désignaient en particulier les infirmités comme une malédiction en laquelle l'ordre divin incarnait son message. Tout en rejoignant les travaux anthropologiques d'Henri-Jacques Stiker (1982, 2009), Fleur Michel observe que ce changement de paradigme ouvre sur la question du traitement social de cette population jusqu'alors exclue de toute prise en compte.

Nous reviendrons sur l'importance donnée à cette question de causalité du handicap et à son impact au sein des familles où le handicap fait irruption. Mais nous pouvons conclure ici que l'espace dévolu aux personnes extrêmement déficitaires est resté précaire jusqu'à nos jours. Si les enfants semblent avoir davantage mobilisé les initiatives, nous remarquons ici à quel point leur passage à l'âge adulte est resté problématique. L'exemple frappant est leur maintien durant des décennies dans le service des enfants de l'hôpital que nous étudions. D'une part, l'accès à une sexualité génitalisée semble raviver des fantasmes de monstruosité et de bestialité difficilement élaborables (Korff-Sausse, 2011

a, 2017). D'autre part, nous pouvons aussi avancer qu'une mortalité précoce a longtemps été annoncée pour ces personnes, un enjeu qui nous semble devoir être pris en compte lorsque nous interrogeons le peu d'investissements que mobilisent les adultes profondément déficitaires. Enfin, les pratiques soignantes et éducatives étant organisées par une dimension d'évolution et de performances, il apparaît que l'âge adulte répond moins à cette injonction normative, phénomène qui a eu pour effet indirect de réduire les investissements thérapeutiques leur étant dévolus.

## SYNTHÈSE CONCLUSIVE

Dès la fin des années cinquante, alors que l'école proposait un accès à l'instruction spéciale pour les enfants avec déficience intellectuelle, l'opportunité de développer le secteur du travail protégé s'est présentée dans un contexte économique favorable. La finalité de cette orientation était marquée par une volonté d'intégration sociale des jeunes adultes handicapés, au moyen de leur mise au travail. Alors que les politiques d'inclusion n'étaient pas encore développées en milieu ordinaire et que les représentations collectives du handicap et de la folie restaient empreintes de stigmatisation, un mouvement antiasilaire se développait parmi les familles qui s'engageaient alors dans la continuité de la dynamique d'ouverture de l'école. Des associations à financement privé ont ainsi vu le jour pour constituer un nouvel espace d'orientation, à l'intersection de l'asile et du milieu ordinaire.

Dans le courant des années soixante-dix, l'hôpital s'est emparé de ce développement du travail protégé et bon nombre de patients alors hospitalisés au long cours, ont pu être orientés vers les structures naissantes. La problématique de l'incurabilité a pu être contournée avec le principe d'éducabilité qui s'est renforcé. Dans le même mouvement, à propos du handicap, la notion de récupération a prévalu contre celle de guérison. Dans cette continuité, nous verrons dans l'intermède suivant que le concept de rétablissement est un paradigme aujourd'hui opérant dans le champ de la santé mentale.

L'intégration sociale au moyen du travail est une orientation inscrite dans l'histoire bien qu'elle évolue dans le temps pour se modifier en fonction de la situation fluctuante du marché de l'emploi, mais aussi parce que nos valeurs se transforment peu à peu. De l'utilitarisme prôné par les aliénistes, le travail devient progressivement un moyen plutôt qu'une finalité. De nos jours, nous avons vu que cette question évolue encore avec le récent concept de capabilité qui propose un changement de paradigme pour envisager la place sociale de la personne handicapée au sein de la cité. Si après l'accès à l'instruction, l'accès au travail a pu ouvrir les portes de l'asile, nous observons donc que de nos jours, ce serait davantage le principe de l'autonomie qui assurerait au sujet troublé une vie parmi les autres.

Aussi, nous avons vu que toutes les personnes subissant des déficiences n'étaient pas en mesure d'intégrer et de s'adapter aux convenances sociales conditionnant l'accès au

travail, même protégé, et à la vie à l'extérieur de l'hôpital. D'autres étaient trop diminués pour avoir les capacités requises au travail d'atelier protégé. De plus, la répartition des initiatives innovantes était assez inégale d'une région à une autre. Ainsi, malgré une ouverture progressive, des patients sont restés en marge de cet élan vers la « participation sociale » prônée par les associations de famille et ont donc été maintenus au sein des services de longue évolution de l'hôpital psychiatrique, ou dans les hospices traditionnels. Nous revenons ici à la notion de ségrégation dont François Tosquelles faisait état et à la fracture identificatoire à laquelle nous confronte l'anormalité. Bien que ces patients aient pu être réceptifs aux apprentissages des gestes de la vie courante, la dextérité manuelle et l'enthousiasme de certains d'entre eux n'ont pas suffi à les conduire au travail protégé.

Tous, sans aucun doute, auraient avantageusement bénéficié d'une escapade cévenole auprès de Fernand Deligny ou dans un lieu de vie ressemblant à sa *tentative*. Issue de l'émulation des années post-1968, une dynamique de création de lieux de vie alternatifs s'est développée en France. C'est la rencontre entre le mouvement d'éducation populaire inspiré par la sociologie et le courant de psychothérapie institutionnelle inspiré par la psychanalyse lacanienne qui a produit une réflexion créatrice de multiples expériences alternatives (Antoine, 2010, 2011). Pour nombre d'acteurs, leurs références s'appuyaient sur le principe politique de déshospitalisation, proche du mouvement européen d'antipsychiatrie et de sa position antiasilaire. Pour d'autres, les psychiatres acteurs de la psychothérapie institutionnelle en particulier, il s'agissait davantage de trouver des alternatives aux hospitalisations longues ou d'élaborer des propositions d'accueil thérapeutiques, des « séjours de rupture » susceptibles d'avoir un effet de coupure. Nous aurions pu développer plus globalement ce courant original qui a initié la réglementation actuelle des lieux de vie et d'accueil (Minart, 2013). Certaines figures comme Maud Mannoni, Marie-France et Patrick Ardon ou encore Marie et Claude Sigala ont créé des lieux de vie qui ont également eu une influence sur l'organisation en réseau des institutions en France. Nous avons fait le choix de nous arrêter sur la pensée de Fernand Deligny parce que sa position radicale « anti-méthode », et finalement antisociale mais innovante, a laissé de nombreuses traces informelles, donc inconscientes, davantage chez les éducateurs que chez les ingénieurs. Son approche fine de l'archaïque et de la « vacance de langage » révèle un questionnement sensible qui s'appuie sur la rencontre et le lien hors d'une conceptualisation théorique. Nous avons tenté, peut-être maladroitement, de prolonger sa pensée en la confrontant à celle de Paul Ricœur, en particulier en proposant

la notion d'identité narrative. Car si l'enjeu de Deligny est de vivre hors du langage avec ces enfants qui ne parlent pas, il nous semble qu'il permet à une identité narrative d'advenir avec d'autres qualités que celles du verbe. Si certaines de ses positions mériteraient d'être discutées, il a néanmoins permis qu'une réflexion profonde s'engage chez les éducateurs, afin qu'ils élaborent une posture professionnelle spécifique qui place la relation au premier plan. Aujourd'hui, il est surtout critiqué par les modèles dominants pour ses opinions libertaires et anti-institutionnelles, qui sont logiquement devenues politiquement incorrectes.

Le courant de psychothérapie institutionnelle est beaucoup moins confidentiel que le travail de Deligny, dans la mesure où il a pu être reconnu nationalement et même bénéficier d'une grande influence politique pour le développement et la transformation de la psychiatrie publique. Mais depuis les années 1990, l'évolution des politiques de santé mentale tend à le désavouer au profit de nouveaux modèles de soins jugés plus « probants », davantage traçables et quantifiables mais aussi peut-être moins coûteux en termes de moyens humains. En mars 2012, la haute autorité de santé (HAS) et l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ont conclu à l'absence de « pertinence des interventions fondées sur les approches psychanalytiques et la psychothérapie institutionnelle »<sup>30</sup> à propos de la prise en charge de l'autisme. Ainsi, les nouveaux enjeux des dispositifs de santé mentale nécessitent une certaine créativité chez les acteurs de la psychothérapie institutionnelle afin qu'elle puisse perdurer au cœur de logiques de soins organisées sur des modèles managériaux et évaluateurs. Néanmoins, si la culture de Deligny a influencé le secteur éducatif, celle de la psychothérapie institutionnelle a longtemps organisé les pratiques soignantes. Nous avons pu observer de quelle façon elle a animé l'humanisation de la vie asilaire, en prenant notamment en compte les sujets les plus déficitaires afin qu'ils accèdent à une place de semblable. Nous connaissons aujourd'hui l'impact de la qualité de l'environnement sur les conduites de ces sujets, qui se modifient selon leur quotidien. Des récits d'anciens soignants nous rapportent des épisodes d'agitation extrême chez des personnes aujourd'hui apaisées. Si l'avancée en âge et l'amélioration de la pharmacologie ont sans aucun doute contribué à cet apaisement, nous pouvons aussi concevoir que l'approche clinique de la déficience intellectuelle se soit affinée jusqu'à

---

<sup>30</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1501360/en/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501360/en/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted)



permettre un accompagnement, davantage individualisé et thérapeutique qu'il n'a pu l'être par le passé. Dans les années 1990, les soignants de l'hôpital de l'Eau-Vive – et de l'Association de santé mentale du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris – observent déjà cette évolution des appellations selon les époques et considèrent que ces modifications « ne s'expliquent ni par une évolution de l'état des patients, ni par une simple actualisation de la terminologie, mais par un nouveau regard porté sur les pathologies » (Jaeger, M. et coll., 1992, p. 484). Trente ans plus tard, ainsi que nous le remarquons à propos de Monsieur F. (introduction du chapitre I.1), nous rejoignons leur point de vue, dans la mesure où ce changement de regard a pu aboutir à un mouvement dans la démarche d'accueil et de soin de ces patients. L'approche dynamique de Roger Misès et de ses collaborateurs (1988) a permis d'établir une distinction entre l'autisme, les psychoses déficitaires précoces et les dysharmonies psychotiques. Toutefois, nous l'avons déjà remarqué, cette classification ne semble pas avoir été intégrée de façon fondamentale dans les pratiques diagnostiques de l'hôpital que nous évoquons. Encore aujourd'hui, alors que les enseignements en psychopathologie et que les outils évaluatifs se sont affinés, les troubles et handicaps présentés par les personnes accueillies à la maison d'accueil spécialisée s'avèrent toujours difficiles à isoler dans une démarche nosographique. Si leurs états cliniques montrent des points communs, sous le registre déficitaire et archaïque, leurs dysharmonies impliquent des nuances de lecture, notamment lorsque le déficit s'entrecroise à des manifestations psychotiques ou à des troubles du spectre autistique.

Nous avons également vu que le courant de psychothérapie institutionnelle a dépassé les portes de l'hôpital pour amender les fondements d'une « psychiatrie médico-sociale » qui fut une influence importante lors de la création des nouvelles institutions de ce secteur. Nous en trouverons les traces à la maison d'accueil spécialisée, institution médico-sociale intimement liée à la psychiatrie. Son projet a été élaboré dans le souci de la vie collective, de la libre circulation et du soutien d'une ambiance accueillante qui sont des principes forts de la psychothérapie institutionnelle.

La poursuite de notre recherche va s'attacher à développer notre travail en clinique institutionnelle, en nous appuyant sur la singularité de la maison d'accueil spécialisée où nous intervenons en tant que psychologue clinicienne. Comme chaque individu s'intéressant à son histoire transgénérationnelle, découvrir ces éléments historiques nous

a été d'une grande aide lorsque nous nous y sommes engagée, l'institution étant pourtant de création récente. La prise en compte de l'histoire de la psychiatrie et de l'histoire institutionnelle des personnes déficitaires nous a permis de décliner différents axes de compréhension qui nous étayent au quotidien.

L'étude des travaux des aliénistes nous amène à conclure que les soins prodigués aux idiots se sont organisés à partir de la notion de manque. Face à la déficience, les médecins ont dû renoncer à tout espoir de guérison et se sont ainsi trouvés confrontés à leur impuissance. La théorie de la dégénérescence a envisagé l'idiotie comme une infamie en déplaçant ainsi leur culpabilité vers ceux dont l'incurabilité était irrémédiable. La distinction entre incurabilité et inéducabilité, puis les perspectives d'éducabilité, d'amélioration et d'adaptabilité des personnes handicapées, sont des fondements qui nous semblent avoir soutenu, bien plus tard, l'essor du secteur médico-social tel que nous le connaissons aujourd'hui. C'est en se dégageant de l'idée d'insuffisance pour évoluer vers celle de capacité qu'une attention différente a pu être portée aux idiots. Ces éléments généraux se sont avérés précieux pour élaborer des pistes de compréhension et un angle de vue positif lorsque notre pensée s'est trouvée aux prises avec la confusion institutionnelle de la maison d'accueil spécialisée, durant les dix années qui ont suivi sa création. En outre, la grande sensibilité à l'abandon d'une équipe constamment confrontée à un sentiment de relégation trouvait son origine avec cet éclairage historique.

Tout au long de l'avancée de notre recherche, nous avons rencontré le concept de norme et la question de l'adaptation qui en découle. Nous pouvons l'aborder ici, en conclusion, car ce thème qui perdure encore aujourd'hui nous semble lié à l'histoire des déficiences. La « nouvelle théorie du handicap » d'Henri-Jacques Stiker (1982) nous éclaire à ce propos. Il relie la création des institutions médico-sociales, notamment des maisons d'accueil spécialisées, à l'histoire sociale de l'infirmité. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, du fait de la gravité des mutilations de soldats revenus de la grande guerre, de nombreux hommes se sont trouvés victimes d'infirmités et ont dû bénéficier d'un traitement particulier. L'industrialisation a également provoqué l'accroissement des accidents du travail. C'est de là qu'Henri-Jacques Stiker situe l'avènement des notions de réadaptation et de handicap. En découlera celle d'inadaptation.

Par réadaptation, on entendrait toujours le souhait d'effacer le handicap, de le réduire pour que l'homme diminué puisse quand même accéder à une certaine normalité sociale. « Le vœu de la société, à travers le traitement de l'invalidité, est de rendre identique, *sans*

*rendre égal* » (p. 157), écrit Stiker. Il s'agit, pour celui qui le peut, de parvenir à surmonter une différence, à la compenser jusqu'à ce qu'elle puisse ne plus être visible aux yeux des autres. Il ne s'agit pas pour autant de la faire disparaître, dans la mesure où l'incurabilité du handicap est indissociable d'un tel statut, tout autant que l'inégalité qu'elle engendre, si l'on reprend le positionnement de Stiker. De plus, se distinguent alors ceux qui sont en capacité de s'adapter aux exigences collectives et ceux qui ne pourront ni élaborer, ni intégrer les normes sociales du fait d'un handicap trop envahissant. L'institutionnalisation de ceux qui s'avèrent « non-intégrables » ou « non-conformes » viserait ainsi à maintenir un équilibre social. Les sujets *adaptés versus* les *inadaptés*, ou bien les formes de handicap « adaptables » et celles qui ne le sont pas. Une nouvelle division implicite s'est donc établie durant la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, dans une société néolibérale qui, pour Henri-Jacques Stiker, aurait une incidence sur cette façon contemporaine de juger de la capacité, ou non, du sujet handicapé à se conformer aux exigences collectives. Nous l'avons vu en abordant la thématique de la mise au travail.

Un mouvement de réorientation s'est opéré, permettant à ceux qui le pouvaient de retrouver une place dans la cité et d'échapper à la disqualification. C'est ici que nous pouvons redéfinir les limites du concept de capabilité, qui révèle l'évolution individualiste de notre société, dès lors que nous le relions à la valeur idéale de l'autonomie. Les travaux d'Alain Ehrenberg portent sur ce thème et montrent les enjeux individuels que mobilise la notion d'autonomie, dont l'accès s'est déployé à partir des années 1970, notamment lorsque nous la relions à l'autodétermination et à l'autocontrôle de l'affectivité :

Dans la discipline, l'équation personnelle est faible, dans l'autonomie elle est forte. Ce changement global se marque dans nos sociétés par la diffusion de formes de régulation des conduites qui sont à l'autonomie ce que l'obéissance mécanique était à la discipline : là où il s'agissait de rendre les individus utiles, parce que dociles, il s'agit aujourd'hui de développer les capacités des individus à s'autoactiver et à s'autocontrôler. (2014, p. 113)

Alain Ehrenberg met en évidence le développement progressif de l'autonomie dans une société dont les valeurs se sont transformées tout au long du XX<sup>ème</sup> siècle, de la conformité à l'indépendance. Avec le développement du néolibéralisme, mais aussi de la mondialisation, l'autonomie devient une « condition commune » :

L'autonomie comme condition commune veut dire qu'elle est certes une aspiration de masse, mais encore qu'elle est devenue un système d'attentes collectives à l'égard de

chacun ; elle est désormais normative, elle est un impératif. Elle dessine aujourd'hui l'horizon des significations de l'être humain en tant qu'individu. C'est le grand changement des représentations collectives de l'individualisme. Là où certains parlent de société post-moderne, je parle de société de l'autonomie comme condition. (2022, p. 14)

Mais cette nouvelle norme représente une forte injonction qui va alors diriger l'attention clinique vers le développement de troubles identifiés comme des « pathologies sociales », reliant « mal individuel et mal commun ». Nous retrouvons ici, entre autres, les pathologies de type narcissique, l'expansion des troubles anxio-dépressifs, des addictions, qui révèlent de « nouvelles manières de subir » (2010, p. 347-348). Car la valorisation de la capacité implique pour le sujet de contrôler son affectivité et ses éventuels débordements afin d'accéder au social. Nous l'avons vu en évoquant l'accès au travail des personnes avec déficience intellectuelle, mais il s'agit finalement d'une problématique fondamentalement humaine, celle du sujet parmi les autres :

Dans le déplacement du permis au possible, l'assertion personnelle, l'affirmation de soi passent au cœur de la socialité démocratique. La capacité à s'affirmer de manière maîtrisée et appropriée devient un ingrédient essentiel de la socialisation à tous les niveaux de la hiérarchie sociale. Ce changement de la normativité place l'individu sur une ligne qui va de la capacité à l'incapacité. Quand le curseur se rapproche de l'incapacité, l'impuissance fait apparaître sa culpabilité de ne pas être à la hauteur. C'est sur le mode de la perte, de l'insuffisance ou du handicap qu'apparaît la culpabilité. (2013, p. 137-138)

C'est en ce sens qu'Alain Ehrenberg propose la formule pertinente « de l'homme coupable à l'homme capable » (2013) qui éclaire les nouveaux enjeux de notre société. Ceux-ci s'inscrivent dans une continuité, et bien que nous en recueillions les écueils, nous pouvons aussi souligner que celle-ci est plutôt favorable à un grand nombre de personnes qui voient leur condition s'améliorer au fil des époques. Cette première partie l'a largement montré.

Le concept d'autonomie s'est bien sûr aussi développé dans le champ médico-social. Lorsqu'Henri-Jacques Sticker (2009) définit la déficience comme « à la fois un manque de performance et un écart de conformité » (p. 467), Philippe Chavaroche (2014) rejoint ce positionnement en interrogeant l'universalité du concept d'autonomie, en tant que « paradigme organisateur » des pratiques de ce champ. Aujourd'hui, l'utilisation massive de ce signifiant dans le langage professionnel en a fait une sorte de « prêt-à-penser » tant chez les éducateurs que chez les soignants, les dirigeants et les financeurs. L'équipe

éducative de la maison d'accueil spécialisée s'est largement retrouvée dans cette fonction d'autonomisation, dans la mesure où elle intègre un principe de progression. Nous avons vu que des aliénistes comme Séguin et Bourneville s'étaient attachés à la notion d'amélioration pour pouvoir développer des moyens susceptibles de dégager les idiots du couperet de l'incurabilité les livrant à l'abandon institutionnel. Ce prolongement nous est apparu frappant, la nécessité de voir le sujet progresser dans ses acquisitions étant l'argument majeur justifiant que l'on s'y intéresse. L'idée phare de son potentiel accès au travail guidait alors les pratiques vers la nécessité d'une réhabilitation que l'on transpose aisément aujourd'hui au concept d'autonomie de nos projets personnalisés, réorganisés par les contraintes sociales contemporaines.

Philippe Chavaroche observe qu'ici, il ne s'agit pas tant de soutenir l'indépendance du sujet que de le normaliser. D'ailleurs, pourrions-nous envisager, ou plutôt souhaiter, que ce concept récent d'autonomie soit un équivalent de l'indépendance, telle que Donald W. Winnicott la concevait chez l'enfant ? Pour Winnicott (1963), l'indépendance consiste à ce que le jeune enfant bien portant puisse être « capable de vivre une existence personnelle satisfaisante alors qu'il s'engage dans les affaires de la société. » (p. 54). Elle impliquerait donc une intériorisation de l'environnement, mais aussi une introjection des soins reçus durant la phase de dépendance absolue. Au-delà, lorsqu'il s'adresse aux jeunes parents et aux jeunes mères, notamment lorsqu'elles deviennent « maîtresses de maison », il décrit l'enfant comme un « objecteur de conscience », celui qui « apporte avec lui sa propre vision du monde et un besoin de contrôler son petit morceau de monde. » (1957, p. 142). Ainsi, les normes construites par la famille nécessiteraient d'être assouplies selon le positionnement subjectif de l'enfant, afin de soutenir la constitution de son propre *self*, mais aussi afin qu'il puisse « admettre des événements qui échappent à son contrôle » (1963, *op. cit.*, p. 62).

Vue ainsi, l'indépendance serait donc liée à la place du sujet au sein du monde qui l'entoure, mais aussi à notre confrontation aux normes établies de notre environnement. Alors, le concept d'autonomie tel qu'il est posé en institution médico-sociale, relayé par des objectifs inscrits dans le projet personnalisé de la personne accueillie, constituerait un moyen pour le sujet d'accéder à l'indépendance, à l'élaboration de son monde à lui.

Il nous semble qu'il y a un point d'achoppement ici et que ce concept d'autonomie connaît peu à peu un glissement sémantique. L'autonomie signifie-t-elle encore l'accès à l'indépendance ou n'est-elle plus qu'une injonction à normaliser ? Philippe Gabbai

(2013) souligne l'effet délétère de cette « injonction d'autonomie », qui se trouve en contradiction avec les troubles psychopathologiques des personnes, tout en générant des états paradoxaux chez les professionnels. Non seulement elle mettrait l'accent sur l'incapacité du sujet qui ne peut répondre à une telle injonction, mais elle déresponsabiliserait le professionnel, qui n'aurait plus à élaborer de proposition d'aide relative aux difficultés présentées par la personne dépendante. Ainsi, cette injonction de rendre autonome un sujet déficitaire consisterait avant tout à le conduire vers une certaine conformité pour qu'il puisse accéder au monde tel qu'on le lui présente. « Il faut rendre l'anormal normal ! », s'exclame Philippe Gabbai (p. 30). Henri-Jacques Stiker (1982) nous montre que les politiques modernes d'intégration vis-à-vis du sujet handicapé ne tendent donc pas à faire évoluer les normes sociales vers un assouplissement de leurs exigences :

La marge d'acceptation de toute déviance se rétrécit dans la mesure où les impératifs des groupes formant la sociabilité se font plus précis et plus durs. Dans notre société, handicapé sera de plus en plus synonyme d'inadapté. (p. 164)

D'où la nécessité de maintenir des institutions en mesure d'accueillir ceux pour lesquels la société n'est pas en mesure de s'adapter, les « outsiders », pour reprendre le langage turfiste souligné par l'auteur et auquel on a emprunté le terme « handicap ». Adopter ce positionnement nous permet de mieux appréhender l'essor et l'engouement des autorités pour les pratiques comportementalistes dans les sociétés occidentales durant ces dernières années.

Mais au-delà, il nous a aussi permis d'avoir un axe de compréhension quant à certaines difficultés énoncées par les équipes de ces institutions médico-sociales. Les pratiques professionnelles sont aujourd'hui de plus en plus « normées » et soutenues par des injonctions liées aux démarches évaluatives. Les différents guides des bonnes pratiques de l'ANESM<sup>31</sup> nous donnent de nombreuses recommandations qui nous semblent correspondre davantage à un idéal institutionnel qu'à une réalité de terrain.

Simone Korff-Sausse (2011 *b*) fait également ce constat :

Ce qui est en jeu dans cette clinique, ce sont les repères qui organisent notre monde et qui vont de soi, constituant la norme de notre expérience. Lorsqu'ils (*les sujets avec handicap*)

---

<sup>31</sup> ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

sont différents, s'écartent de la norme, cela réveille immédiatement chez les autres la tendance réparatrice, c'est-à-dire de ramener à la norme, le souci de corriger, de remettre en place, d'une manière qui excède souvent ce qui est strictement nécessaire. (p. 32)

L'animation de groupes d'analyse des pratiques au sein d'un foyer de vie et de la maison d'accueil spécialisée nous a amenée à constater la complexité identitaire que rencontrent les professionnels intervenant auprès d'adultes handicapés et son impact sur le narcissisme des équipes. Aujourd'hui, l'impératif consiste à manier les pratiques pour les rendre efficaces et dégagées de toute affectivité aveuglante. Il s'agit alors de rompre avec les représentations de la profession héritées du passé, avec la figure du « gardien » asilaire ou, à l'extrême, de se défendre d'une attitude de don de soi, de charité ou de dévouement. Force est de constater l'impact de la logique d'évaluation qui s'est développée dans ce secteur depuis 2002 et qui implique une recherche de valorisation s'attachant aux notions de performance et de résultat, observables – voire quantifiables – chez le sujet accueilli. Alors, lorsqu'un adulte handicapé ne « progresse » pas, ou pire, perd des acquis sur une échelle évaluative relative à ses capacités d'autonomie, on observe que les professionnels qui l'accompagnent tendent à remettre en question sa place au sein de l'institution :

*Il n'a plus de capacités d'évoluer.*

*L'institution ne lui apporte plus.*

*Nous ne pouvons plus rien faire pour lui.*

*On ne sait plus quoi faire avec lui.*

*Il ne bénéficie plus du projet institutionnel.*

Autant de « plus » qui mettent l'accent sur l'impact du déficit du sujet risquant de taxer d'inefficacité l'efficacité rééducative des professionnels. Se confrontent ici des notions que nous avons vues se développer dans l'histoire. Nous retrouvons celle d'amélioration d'après Seguin, ou le programme de « formation gestuelle » du docteur Bascou qui, au moyen d'une implication soutenue du professionnel, recherchaient tous deux les résultats visibles d'une transformation des comportements de leurs accueillis. En opposition, nous pouvons citer la posture de Deligny qui lui n'attendait aucune performance, ni chez la personne accueillie, ni chez l'éducateur, mais qui défendait que l'*agir* différencié du *faire* puisse soutenir l'initiative de l'enfant libéré de l'oppression de son environnement. Ce débat reste encore très actif dans nos institutions et tend même à se renforcer de nos jours, comme nous venons de l'évoquer.

S'intéresser à des personnes vulnérables et faire le choix de leur venir en aide n'est pas une démarche anodine. Non seulement, la dépendance vient se heurter à nos propres vulnérabilités, du registre de l'archaïque d'un état de dépendance que nous avons forcément aussi connu lorsque nous étions nourrisson et dont la réactivation nous est difficile (Golse, 2007). Mais encore, côtoyer l'angoisse psychotique ou autistique est une expérience singulière qui met en jeu des mécanismes d'attaque du lien, d'abord décrits par Wilfred R. Bion (1967), puis déclinés par nombre d'auteurs s'intéressant aux dynamiques institutionnelles et à la fonction soignante ou éducative. Lorsqu'il évoque le phénomène de déliaison au sein de l'institution, Jean-Pierre Pinel (1996) observe une forme de résonance négative entre la pathologie centrale des usagers et les failles latentes de la structure, la désorganisation institutionnelle se plaçant souvent en écho à celle des accueillis. Ici, le sujet en tant que professionnel est autant concerné par l'épreuve du clivage, du morcellement et de la destructivité qu'il l'est par une potentielle dépressivité. Des sentiments parfois très négatifs le taraudent, mêlant culpabilité, déplaisir et pulsions défensives. Lorsqu'il ne s'effondre pas, celui-ci s'en accommode et maintient son implication, parfois au-delà de ses aptitudes physiques et psychiques.

Ce sont ces approches cliniques récentes qui nous permettront de poursuivre notre chemin réflexif après notre immersion historique. Nous verrons quels mouvements particuliers ont traversé l'équipe dès l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée, lors des premières rencontres avec les accueillis. S'ils ont pu s'élaborer et être remaniés au fil du temps, leurs enjeux ont constitué une part importante dans le façonnage de la dynamique institutionnelle. Les sujets accueillis ont eu aussi à se mobiliser pour investir leur nouveau lieu de vie et rompre avec une tradition sanitaire – mais aussi asilaire – qu'ils avaient intégrée de longue date. Même si géographiquement ils ne quittaient pas le terrain de leur histoire, tant subjective qu'institutionnelle, ils se trouvaient alors confrontés à une nouvelle architecture, à de nouveaux intervenants, à de nouveaux fonctionnements et règles quotidiens, mais aussi à une nouvelle ambiance. Ce sont ces nouveaux arrivants qui ont contribué à l'édification de l'institution, dans toutes ses dimensions si l'on s'appuie sur la distinction établissement/institution définie par François Tosquelles.

Progressivement, et souvent de façon inconsciente, les professionnels parviennent à se départir d'une volonté de rééducation et de normalisation du sujet déficitaire. Durant une première période, ils se sont peu à peu repliés sur l'institution, renonçant à des projets



d'ouverture et de socialisation, pour se consacrer à l'apaisement de chacun en édifiant des repères ritualisés et sécurisants du quotidien. Ainsi ont-ils négocié les effets saisissants de l'*inquiétante étrangeté* pour construire un entre-soi pourvu d'un « ordinaire » reconnu de tous, aussi fragile soit-il. Lors de cette période de construction, nous avons pu observer que des éléments d'histoire transgénérationnelle ont constitué les sources d'un mythe fondateur dont l'origine s'avérait bien plus ancienne que l'ouverture de l'institution. Nous analyserons ce mécanisme dans notre seconde partie, mais nous pouvons d'ores et déjà souligner l'implication de l'histoire et de nos représentations collectives dans le processus pourtant singulier d'une création d'institution engageant autant la formation d'une dynamique d'équipe que d'un groupe d'accueillis.

Puis l'inscription dans une démarche clinique a eu pour effet d'amener les professionnels à reconnaître l'altérité du sujet accueilli. Ils se sont peu à peu autorisés à supporter et soutenir sa différence en renonçant à leur désir de normalisation, pourtant susceptible de les narcissiser en tant que professionnels performants. L'effcience se situait alors dans l'affinement de leur compréhension du sujet, dans l'observation fine de sa relation singulière à l'environnement et dans la prise en compte de son histoire subjective. Nous constatons parfois encore des épisodes d'angoisse collective qui les amènent de nouveau à s'interroger sur l'impact de leurs pratiques en termes de « résultats », qu'ils réussissent plus ou moins à circonscrire au moyen du travail d'analyse des émotions mortifères pouvant traverser l'équipe, aussi en fonction de la survenue d'évènements institutionnels plus ou moins envahissants. L'équilibre institutionnel s'élabore donc dans un mouvement alternatif où se succèdent des enjeux collectifs, parfois massifs et issus d'une histoire ancestrale, et une conception plus singulière plaçant l'altérité au premier plan.

Cette première partie a commencé avec l'exposé du cas de Monsieur F., où nous constatons l'évolution d'une démarche diagnostique qui, pourtant, ne nous permettait pas réellement de définir une posture soignante et éducative catégorique vis-à-vis du sujet. En déroulant son parcours de vie dans l'institution, nous avons peu à peu vu son accompagnement se préciser, au gré de ses rencontres avec les intervenants et de l'expérience sensible que chacun pouvait acquérir auprès de lui.

Dans un ouvrage paru en 2019, Lise Demailly et Jérémie Soulé s'intéressent au champ de l'autisme, à partir d'une opération de repérage des adultes avec autisme dans les établissements médico-sociaux des Hauts-de-France. Cette initiative a été menée par un centre de ressources autismes (CRA) que les sociologues ont accompagné. Ils sont

intervenues dans de multiples établissements médico-sociaux accueillant des adultes autistes, bien qu'ils n'y soient pas spécifiquement dédiés. Les maisons d'accueil spécialisées étaient donc concernées par cette enquête qui met en évidence un questionnement sur la présence et l'accompagnement de ces personnes. Nous partageons également ce questionnement à la plus petite échelle de notre expérience clinique, tout comme nos instances, les professionnels et les familles. Celui-ci semble rester sans réponse malgré la succession des plans autisme de ces dernières années. Cette approche sociologique a l'intérêt de proposer un regard distancié lorsque l'on considère l'environnement polémique autour de l'autisme qui nous implique forcément, dans la mesure où nous ne pouvons que nous positionner nous-même dans des choix théorico-cliniques. Malgré une recherche d'harmonisation par la majorité des acteurs, Lise Demailly constate que « l'espace des discours scientifiques, même en le réduisant aux chercheurs en position dominante, est traversé de controverses et d'incertitudes, sans que s'y dessine un corpus minimal d'énoncés faisant consensus. » (*ibid.*, p. 40). Elle propose de définir plusieurs positions d'acteurs impliqués dans le champ de l'autisme, entre lesquelles s'est établi un rapport de force aux multiples enjeux, qui s'est largement déployé dans l'espace public. Le groupe des « invisibles » apparaît entre les « ex-tenants du titre », à savoir les acteurs de la psychiatrie publique, en particulier les psychanalystes et les « prétendants », groupe actuellement dominant et soutenu par les associations de parents les plus influentes, constitué par les généticiens, les neuroscientifiques, les cognitivistes et les comportementalistes.

Si notre fonction réflexive nous amène à consulter des travaux d'experts pour alimenter notre étayage théorique, notre travail clinique quotidien s'adresse aux « invisibles ». Il s'agit tout d'abord des accueillis, « dans leur grande majorité sans parole et aussi sans porte-parole (ce qui les différencie des enfants), même si une petite minorité d'entre eux a conquis une légitimité médiatique, ainsi que les autistes âgés, encore plus invisibles », de leurs familles lorsqu'elles sont présentes et surtout des professionnels du quotidien :

Les invisibles représentent une force d'inertie sur laquelle butent les « modernisateurs ». Ce sont les petits fonctionnaires qui gèrent la pénurie, les éducateurs, aides-soignants, aides médico-psychologiques, infirmiers, qui assurent au quotidien la prise en charge des autistes, en étant plus sensibles à la singularité des personnes et à leur commune humanité qu'à leur « différence ». Les professionnels de base imposent au quotidien, contre les injonctions étatiques et les critiques des associations, leur expérience vécue, leurs habitudes

et leurs bricolages, dénoncés comme « routines », « culture de l'occupationnel », voire « nursing », par les associations de parents (surtout d'enfants). (*ibid.*, p. 51)

Si nous ne pouvons pas ignorer ce « champ des luttes de l'autisme » (*ibid.*, p. 69), ne serait-ce lorsque nous prenons connaissance des recommandations de nos instances, la maison d'accueil spécialisée nous semble néanmoins assez préservée de ses enjeux. Cette distance peut être associée aux préoccupations quotidiennes d'un lieu de vie et des « invisibles » qui l'animent, le pragmatisme de celles-ci ayant pour effet de dépassionner le débat, lorsqu'il n'est pas ignoré. En outre, comme Lise Demailly en fait état à plusieurs reprises, le travail auprès des accueillis s'appuie sur la rencontre humaine et sur la proximité de la relation qui en découle. L'enquête montre également la complexité du repérage des symptômes de l'autisme qui s'appuie d'abord sur des « présomptions ». Elle conclut à la nécessité de formation des professionnels, ce qui se fait maintenant couramment concernant l'autisme mais aussi d'autres problématiques comme la déficience intellectuelle, les troubles psychopathologiques, le vieillissement, la fin de vie etc. Si ces formations apportent de nouvelles compétences aux intervenants dont les accueillis bénéficient, elles permettent aussi d'interroger leurs pratiques au moyen d'une distanciation généralement très bénéfique. Toutefois, il nous semble que la vie quotidienne en institution reste ponctuée d'incertitudes, de « circonstances » et de « trouvailles », si nous reprenons les termes de Deligny, qui s'apparentent au « bricolage » déploré par les « modernisateurs » cités plus haut et que Lise Demailly explicite ainsi :

Enfin nous avons particulièrement remarqué l'importance des bricolages pratiques (au sens ethnologique du terme bricolage qui, loin d'être péjoratif, nomme la créativité et l'inventivité qui trouvent et mettent en œuvre des solutions pratiques, sur mesure et opportunes) et des éthiques des personnels de première ligne, dans le soutien de leur motivation à exercer des métiers difficiles. Il est probable que, sur grande échelle, l'usage exclusif de codes de bonnes pratiques formalisées, diffusées par un management top-down, et d'outils contraignants briderait chez les professionnels les capacités à former des savoirs expérientiels, à rester inventifs et à résister à l'usure du métier, et qu'une question délicate est celle de l'équilibre à trouver entre des connaissances et des normes techniques d'un côté et l'investissement au quotidien dans la relation aux personnes de l'autre. (*ibid.*, p. 170)

Peut-être que la suite de l'histoire verra la création d'établissements spécifiquement dédiés aux personnes avec autisme, avec des professionnels formés en ce sens et des

espaces architecturaux également adaptés. Encore faudra-t-il parvenir à affiner les diagnostics pour réussir à effectuer une répartition cohérente des personnes autistes, déficientes intellectuelles, psychotiques ou carencées. La complexité de certains profils d'accueillis, de tous âges et aux histoires institutionnelles différentes, restera somme toute à prendre en compte afin de repérer l'orientation la plus satisfaisante pour chacun d'eux. En outre, l'abandon des pratiques de « bricolage » est-elle à souhaiter, dans la mesure où elle soutient la créativité et le désir de l'intervenant, alors en recherche d'une pratique professionnelle pertinente et tournée vers la singularité de chaque accueilli ?

La lecture de cette restitution d'enquête et des guides de bonnes pratiques, tout comme nos rencontres ponctuelles avec nos instances évaluatrices, nous amènent à constater combien notre champ institutionnel est en mouvement. La maison d'accueil spécialisée, telle que nous allons la décrire dans notre seconde partie, nous apparaît se situer dans une interface temporelle. Laissant l'ère asilaire derrière elle, elle n'est pas encore une institution à la pointe de la modernité. C'est certainement ce passage que nous avons cherché à comprendre, en nous positionnant dans une dynamique transgénérationnelle qui tient à s'appuyer sur une histoire avec laquelle nous ne pouvons pas rompre abruptement, tout en envisageant les changements qui la mobiliseront dans les prochaines années.

Avant de poursuivre notre réflexion clinique et spécifique à la maison d'accueil spécialisée, nous allons entreprendre une dernière incursion dans l'histoire, afin d'envisager le contexte politique de la création de cette institution médico-sociale au sein d'un établissement psychiatrique. Nous commencerons par interroger l'institutionnalisation des patients déficitaires à l'hôpital, de nos jours qualifiés de « chroniques ». Avant de tâcher de les distinguer, nous croiserons les concepts de chronicité et d'incurabilité, qui se confondent lorsqu'il est question d'aborder une clinique déficitaire. Nous observerons que cette confusion s'opère dans le contexte politique du réaménagement des politiques de santé mentale et d'une entreprise de réduction drastique de lits en psychiatrie. En effet, l'idée que l'hôpital ne soit pas un lieu de vie, répétée avec force auprès des patients de longue évolution et de leurs soignants, révèle un changement institutionnel s'appuyant sur la dichotomie nosologique acuité/chronicité. Ainsi, l'hôpital psychiatrique se déleste de sa fonction sociale d'asile pour devenir un établissement de santé mentale, lieu de traitement de l'aigu sur le modèle de la médecine somatique. Cette transformation est le résultat d'un long processus

idéologique que les politiques des gouvernements successifs soutiennent en France depuis les années 1980. Nous observerons que celui-ci s'appuie sur la thématique antiasilaire qui s'est développée à partir du mouvement de psychothérapie institutionnelle. La politique sectorielle soutenait alors la construction d'un dispositif extrahospitalier qui maintienne le patient « rétabli » dans le champ du soin. Depuis 2005, nous observons sa restriction progressive au profit du développement du champ médico-social, aujourd'hui destiné à accueillir les nombreux patients dont les pathologies chroniques sont maintenant reconnues comme un « handicap psychique ».

## **INTERMÈDE : AINSI (S'EN) VA L'ASILE**

« Mais que sont donc venus faire tous ces idiots à l'hôpital ?! », se demandait un collègue que nous consultions quant à la particularité de la maison d'accueil spécialisée. C'est aussi la question que se posent nos instances gestionnaires aujourd'hui. Bien loin d'être naïve, elle devient cruciale lorsque l'on tâche d'y répondre d'un point de vue politique. Et puis cette question en amène une autre : que fait donc cette maison d'accueil spécialisée – cet établissement médico-social – au sein de l'hôpital ?

En France, de nombreuses institutions médico-sociales ont été érigées par la volonté d'une personnalité fondatrice. Les plus anciennes sont souvent liées à des congrégations religieuses, puis nous avons vu qu'au cours des années cinquante des associations de familles d'enfants handicapés se sont constituées pour créer à leur tour des institutions d'accueil. Dans ce contexte, nous observons qu'un nom est généralement associé à leur création. Celle de la maison d'accueil spécialisée qui nous intéresse est d'une autre teneur puisqu'elle n'a pas de fondateur nommé. Nous intéresser à son histoire nous a amenée à comprendre le cheminement institutionnel qui a conduit à sa conception. De ce fait, notre réflexion a dû prendre quelques détours pour mieux cerner le mouvement évolutif qui a mené l'hôpital psychiatrique jusqu'au champ du médico-social.

Avec la loi de 1975<sup>32</sup>, les patients qui vivaient au long cours à l'hôpital et porteurs de pathologies de type archaïque ont eu accès au statut de personnes handicapées. Leur déficience intellectuelle profonde a été mise en évidence, en creux de leurs troubles psychotiques ou autistiques. Si nombre d'entre eux ont pu être orientés vers des institutions de ce champ médico-social, d'autres sont restés accueillis au sein de l'hôpital. La gravité de leurs troubles du comportement est souvent évoquée, justifiant leur besoin de soins psychiatriques. Mais nous pouvons aussi entendre les propos d'une soignante travaillant à l'hôpital depuis de nombreuses années qui nous laissent penser qu'institutionnellement, la présence au long cours à l'hôpital psychiatrique de ces patients déficitaires a pu être convenue durant un temps : « Ils font partie des murs et nous sommes

---

<sup>32</sup> La loi du 30 juin 1975 comprend aussi le volet n°75-535 relatif aux institutions sociales et médico-sociales.

leur famille, alors pourquoi les chasser et provoquer la perte de leurs repères ? Ils habitent ici ! ».

En 1996, l'évolution de la législation<sup>33</sup> a offert aux hôpitaux psychiatriques la possibilité de créer des établissements médico-sociaux qui puissent notamment accueillir ces patients institutionnalisés. Que le Code de la santé publique évolue ainsi nous révèle donc que cette problématique est nationale et qu'elle se situe dans le prolongement de la circulaire du 27 août 1963 qui préconisait déjà un service spécifiquement dédié aux adultes arriérés profonds :

Rappelons que l'idéal à atteindre est la création du service d'arriérés profonds en annexe de l'hôpital psychiatrique, sur un terrain distinct de celui sur lequel est implanté l'établissement psychiatrique mais situé à proximité immédiate de l'établissement proprement dit, pour des raisons d'économie de gestion, de personnel médical et de matériel.

Les hôpitaux psychiatriques qui disposent déjà d'un ou plusieurs pavillons pour enfants arriérés profonds peuvent avoir tendance à penser que les constructions qu'ils ont à implanter ne visent qu'à satisfaire les besoins qui se manifestent pour les adultes.

Or, j'appelle votre attention sur le fait que, chaque fois que le service d'enfants est installé au sein même de l'hôpital psychiatrique, offrant ainsi tous les inconvénients d'une promiscuité regrettable avec les malades banaux, le transfert du ou des pavillons d'enfants à l'annexe pour arriérés profonds doit être réalisé. Ainsi, dans bien des cas, la création d'un service de neuro-psychiatrie pourra être obtenu à l'hôpital psychiatrique dans les locaux ainsi rendus disponibles. (p. 5)

Il semblerait que jusqu'en 1990, l'hôpital qui nous intéresse ait fait d'autres choix budgétaires. Toutefois, nous verrons que contraint d'orienter les patients qui « embolisent » les services de longue évolution, l'établissement s'empare d'un projet d'ouverture de maison d'accueil spécialisée en s'appuyant sur l'opportunité budgétaire que représente la création d'un établissement médico-social. L'argument est de proposer un lieu de vie plus adapté que l'hôpital, avec une prise en charge éducative correspondant au handicap. Mais au-delà, cette création représente une mutualisation de moyens, un ratio de personnel moins élevé qu'à l'hôpital et une présence médicale infime. Le prix de

---

<sup>33</sup> Article 51 de l'ordonnance hospitalière n°96-346 du 24 avril 1996 réformant l'article L. 711-2-1 du Code de la Santé Publique.

journée généralement moins élevé que celui de l'hôpital représente donc une économie conséquente.

C'est dans ce contexte que la maison d'accueil spécialisée s'est ouverte en 2003. Son agrément administratif d'origine<sup>34</sup> permet l'accueil de sujets présentant un « retard mental profond ou sévère », catégorie générique que nous retrouvons dans la CIM-10. Son objet est d'offrir à chaque « patient », « malade hospitalisé en psychiatrie », devenu « résident », « en situation de handicap » et « usager du secteur médico-social », la possibilité d'investir un lieu de vie qui corresponde à ses troubles et à son impossibilité de vivre seul dans un environnement ordinaire, au vu de sa grande dépendance et des exigences du contexte social contemporain.

À l'ouverture de l'institution, les trente places disponibles ont été occupées par des patients profondément déficitaires, dépourvus de l'accès au langage verbal pour la plupart. Ils présentaient des troubles envahissants du comportement et des conduites archaïques. Leurs manifestations d'angoisse massive à l'égard de l'environnement nécessitaient un accompagnement rassurant et contenant, qui puisse rendre leur entourage familial et repéré. Six ans plus tard, la maison d'accueil spécialisée a connu une extension qui lui a permis d'accueillir dix personnes supplémentaires, aux pathologies similaires mais aux profils quelque peu différents puisque se sont présentés plusieurs jeunes adultes majoritairement issus d'institutions pour mineurs et qui, pour la plupart, étaient accompagnés de familles.

Cette orientation d'un petit groupe de jeunes patients provenant du secteur associatif est somme toute restée exceptionnelle. Depuis le début de notre travail, nous observons que les personnes intégrant la maison d'accueil spécialisée sont très fréquemment des patients de l'hôpital en recherche d'une solution d'accueil à long terme. Les admissions sont rares et ont lieu essentiellement lorsqu'un décès survient chez les accueillis ou lorsque l'un d'eux est orienté vers un autre établissement, principalement l'EHPAD<sup>35</sup>. Lorsqu'une place se libère, il semble alors convenu que les patients de l'hôpital soient prioritaires, même si la liste d'attente est également constituée de personnes extérieures à l'institution. Si la génération de ces patients hospitalisés depuis l'enfance s'éteint au fil des années, nous observons qu'une nouvelle catégorie de patients est maintenant orientée vers la maison d'accueil spécialisée. Il s'agit de personnes affectées par des pathologies

---

<sup>34</sup> L'agrément a été délivré en 1999.

<sup>35</sup> Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.



psychiatriques ayant évolué sur un mode déficitaire, hospitalisées au long cours et présentées comme « institutionnalisées ». Si un « retard mental profond et sévère » n'apparaît pas au premier plan, c'est bien le registre déficitaire de leurs troubles et l'expression d'angoisses massives difficiles à contenir qui induisent une absence d'autonomie et justifient ainsi leur orientation en maison d'accueil spécialisée. La présence de ces patients dits « chroniques » dans les services de longue évolution contraste avec les valeurs fortes de notre époque, en particulier celles de rétablissement, de capacité et de réhabilitation psychosociale.

#### INCURABILITÉ ET ASSISTANCE ; RÉTABLISSEMENT ET ACCOMPAGNEMENT

L'ensemble de la population accueillie s'avère très spécifique pour une maison d'accueil spécialisée. Leur création, en 1978, s'adressait à un public nécessitant « une surveillance médicale et des soins constants »<sup>36</sup> au vu de l'association de plusieurs handicaps, les « troubles psychiatriques » n'y étant pourtant pas évoqués, puisque lorsqu'ils existaient, ils se devaient d'être « stabilisés », selon le terme couramment employé. À l'époque de leur création, il était établi dans les représentations collectives que le secteur médico-social n'était pas en mesure de contenir des situations de crises liées à des troubles psychopathologiques aigus, tout comme le secteur sanitaire n'était pas suffisamment spécialisé en matière d'éducation. Philippe Chavaroche (2021) explique cette distinction en se référant à la *Classification des jeunes inadaptés* de Daniel Lagache (1946). S'appuyant sur sa classification clinique, dite « médico-psychologique », Lagache propose une classification médico-pédagogique qui va régir l'orientation mais aussi le traitement correspondant aux enfants selon la nature de leur inadaptation :

Les jeunes inadaptés sont classés ci-dessous en fonction des solutions thérapeutiques et pédagogiques dont ils relèvent. Cette distribution vise la généralité des cas et n'est pas impérative : un grand arriéré peut être laissé à sa famille si celle-ci dispose des moyens de l'assister ; les troubles du caractère relèvent, selon leur nature et leur degré, de la cure libre, de l'internat ordinaire ou de l'internat spécial. Dans l'ensemble, on peut distinguer les récupérables, les semi-récupérables et les non-récupérables. (1946, p. XX)

---

<sup>36</sup> Selon le décret 78-1211 du 26 décembre 1978 qui a institué les maisons d'accueil spécialisées.

Nous retrouvons l'esprit de l'ancienne dichotomie de Binet et Simon « anormaux d'école/anormaux d'hospice » puisqu'ici, les enfants récupérables et semi-récupérables sont orientés vers des instituts d'éducation ou de rééducation spécialisés ; les « délinquants récidivistes et pervers » iront dans les « sections d'anormaux ou de sûreté des hôpitaux psychiatriques », les enfants atteints « d'infirmités psychiques (arriération mentale profonde, épilepsie compliquée et non-améliorables) » iront dans les « asiles, garderies et sections d'anormaux des hôpitaux psychiatriques » et enfin, logiquement, les enfants psychotiques iront à l'hôpital psychiatrique (la section n'est pas précisée) puisqu'il est convenu qu'ils aient davantage besoin de soins que de propositions éducatives. Pour Philippe Chavaroche, ce modèle a fait référence pendant des décennies et ce n'est que depuis quelques années qu'il évolue. De nos jours, un enfant qui n'est pas en mesure de bénéficier d'une inclusion à l'école est orienté vers un établissement médico-social, avec la réserve de pouvoir y trouver une place. Ses éventuels troubles du comportement sont traités en pédopsychiatrie, au sein de structures de jour et s'il doit être hospitalisé à temps plein, ça ne sera que temporaire.

Si l'hôpital psychiatrique ne voit donc plus d'enfants grandir au sein de ses murs, l'accueil d'adultes dans les services de longue évolution est encore très fréquent en France mais tend à se réduire progressivement. Philippe Chavaroche observe que les institutions du secteur médico-social sont aujourd'hui amenées à recevoir des personnes porteuses de troubles psychiques, dans la mesure où les hôpitaux psychiatriques ne les accueillent plus au long cours. Nous reviendrons sur l'impact de ce changement d'orientation, mais avant cela, questionnons-le ainsi que les fondements de la présence de personnes gravement déficitaires pendant toutes ces années en psychiatrie.

Esquirol contestait déjà la présence des incurables à l'asile tandis que Parchappe défendait leur place institutionnelle. Nous l'avons vu avec Morel et sa théorie de la dégénérescence, le problème posé par la suroccupation des asiles français alimentait un vaste débat autour de l'incurabilité, qui de plus plaçait les médecins face à la frustration de ne pas guérir leurs malades. Cette thématique reste très active aujourd'hui, bien que le principe de rétablissement en propose une piste de dégageant.

Concernant les idiots, c'est Guillaume Ferrus, le prédécesseur de Bourneville à Bicêtre, qui au-delà de son implication pour améliorer les conditions de vie asilaire, semble avoir joué un rôle important pour convaincre l'État de leur accorder le bénéfice de la loi de 1838 les plaçant sous la tutelle de l'asile et non plus de l'hospice des incurables (Bru,

1890, p. 273-274). Il fut aussi le fondateur de l'école de Bicêtre et un contemporain de Séguin. L'interrogation portant sur la place des idiots dans le système de soin apparaît aussi ancienne qu'elle aura mis de temps à se résoudre, si tant est qu'elle soit résolue. Malgré la loi de 1838, les « enfants assistés » semblent être couramment restés orientés vers l'hospice, en tant que lieux de dépôt aux dispositions d'accueil disparates selon les régions et les directions d'instances ou d'établissements. La loi du 7 août 1851 relative aux hospices et aux hôpitaux tente encore de clarifier la répartition des enfants d'un établissement à un autre, mais ce n'est qu'en 1899 (Règlement modèle des hôpitaux et hospices : circulaire du 15 décembre 1899) que nous trouvons une note législative précisant la particularité de « l'enfance infirme » :

L'enfance infirme a besoin d'une sollicitude toute particulière. Il convient de considérer ces enfants, dont le nombre est malheureusement grand : enfants arriérés, épileptiques, idiots, d'esprit faible, aveugles ou sourds, rachitiques ou mal formés, etc., comme formant une catégorie spéciale qui ne doit pas être confondue avec la généralité des infirmes et des incurables. (p. 207, art. 25)

Il semble donc convenu que si ces enfants avaient leur place à l'hospice, elle devait se différencier de la masse des indigents qui s'y accumulaient alors. Les travaux des aliénistes attestent que les enfants idiots étaient aussi accueillis à l'asile. Cette conjoncture nous montre à quel point les personnes très déficitaires, malgré la « sollicitude » qu'elles pouvaient provoquer chez l'autre, n'ont que très difficilement pu être assignées à une place sociale. Aucune institution n'étant suffisamment bien conçue pour elles, les familles ont longtemps dû composer avec les vicissitudes de l'offre d'accueil de leur région. Jacques Hochmann (2021) nous rappelle qu'en France, c'est jusqu'à l'entre-deux-guerres que cette confusion a régné dans les institutions, empreinte d'un préjugé d'irréversibilité influencé par la théorie de la dégénérescence. L'arrivée de Roger Misès en 1957 à la Fondation Vallée a marqué le point de départ d'un profond remaniement des soins à consacrer aux enfants dits « arriérés ». Sa démarche clinique s'est appuyée sur des conceptions psychodynamiques prenant en compte l'expression de l'enfant mais aussi son histoire et celle de sa famille. La proposition d'une nouvelle classification de la psychopathologie de l'enfant va permettre « une réforme des institutions » (Hochmann, 2021, p. 29) s'ouvrant sur le développement d'un dispositif de structures d'accueil tant dans le champ médico-social que dans celui de la pédopsychiatrie, qui émerge alors. Hochmann souligne l'importante contribution des psychanalystes au sein d'équipes

multidisciplinaires ayant alors déployé une offre de soins autant variée que l'était la déclinaison des états dits d'arriération, dont la spécificité de l'autisme va se dégager. Nous l'avons vu avec la circulaire du 27 août 1963, l'État se positionne lui aussi à l'égard de l'arriération mentale et par extension, des personnes qui en sont atteintes.

Pourtant, de sa place de médecin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, Élisabeth Zucman décrit une situation d'abandon dramatique pour les enfants « porteurs des séquelles neuromotrices et mentales d'une lésion cérébrale grave » (Stiker & Zucman, 2021, p. 59) diagnostiqués « encéphalopathes », qui n'a commencé à s'améliorer qu'à partir du milieu des années soixante. Leur incurabilité avérée les condamnait vis-à-vis de la Sécurité sociale qui, jusqu'en 1965, ne finançait alors pas de prise en charge spécialisée. Élisabeth Zucman nous donne ici un élément d'explication très important lorsqu'elle écrit que « seuls les hospices et les fondations religieuses ou laïques, qui relevaient non de la CNAM mais de l'aide sociale à l'enfance (ASE), pouvaient leur offrir une place, mais elles étaient trop rares et très éloignées » (*ibid.*, p. 59).

La mère de Monsieur C. nous avait confié s'être trouvée dans de grandes difficultés financières après que son fils avait été hospitalisé en 1960. Elle expliquait que la SNCF (son mari était cheminot) avait fini par contribuer au coût de l'hospitalisation après « plusieurs procès ». « L'assistante sociale nous disait de l'abandonner, pour que ce soit l'Assistance [*publique*] qui paye ! » nous disait-elle, encore outrée malgré les années écoulées. Nous n'avions alors pas d'éléments d'explication pour comprendre son récit. Le témoignage d'Élisabeth Zucman nous a permis de déduire que le jeune C. était donc sous le joug de cette ségrégation du fait de la désignation d'incurabilité de sa maladie de Little. Il n'aurait peut-être pas eu accès à l'hôpital mais plutôt à l'hospice. Toutefois nous pensons que ses troubles du comportement envahissants n'y auraient pas été tolérés longtemps et que ce sont ceux-ci qui ont justifié son hospitalisation.

Plus tard, lors d'un entretien de recherche, les sœurs de Monsieur C. mettront à notre connaissance les multiples documents de cette longue procédure à rebondissements. La question posée était de discerner si l'état du jeune C., hospitalisé à l'âge de 10 ans en 1960 nécessitait un placement curatif ou assistanciel, alors qu'il se trouvait dans sa quatrième année d'hospitalisation. Sa « dangerosité » a dû être prouvée afin que son retour à domicile soit jugé impossible, puis son incurabilité et ses possibilités d'amélioration ont dû être évaluées par plusieurs expertises. La prévoyance se refusait à payer car il était améliorable et la sécurité sociale refusait la prise en charge car il était

incurable. Il restera à l'hôpital jusqu'en 2003 et sera accueilli à la maison d'accueil spécialisée jusqu'à son décès, à l'âge de 68 ans. La mère de Monsieur C. est restée très marquée par ce conflit ayant placé le couple dans un grand désarroi, qui se surajoutait ainsi à la souffrance liée au handicap de leur fils. Nous observons ici que cette famille bénéficiait d'une prévoyance grâce au statut de cheminot du père. Nous nous demandons alors quels recours avaient les parents au statut plus précaire si ce n'est l'abandon à l'Assistance publique ?

L'histoire révèle donc que le préjugé d'incurabilité organisait tant les représentations collectives négatives qu'une réalité sociale excluante pour les sujets ainsi stigmatisés, comme l'écrit Elisabeth Zucman :

Sans doute, ce refus de prise en charge, seul à frapper une catégorie de la population dans notre République, était directement lié à sa représentation sociale et à la définition des troubles entraînés par l'atteinte cérébrale : la gravité du retard mental, le verdict du « rien à faire », l'importance de la dépendance, l'immutabilité imputée à l'époque à l'atteinte neuronale... avaient effacé dans l'inconscient collectif le déni d'humanité implicitement infligé à ces enfants. (*ibid.*, p. 60)

Son combat aura été d'une grande utilité à toutes ces familles et en particulier à celle de Monsieur C.

Le terme « encéphalopathie » a d'abord été remplacé par celui d'« arriération profonde » avant l'émergence du terme de « polyhandicap », proposé en 1968 par l'équipe du CESAP<sup>37</sup>, dont Elisabeth Zucman était la directrice médicale. L'idée principale de cette dénomination est « d'exprimer clairement la convergence de plusieurs déficiences intriquées chez une même personne, sans entamer son appartenance à l'humanité, dont elle partage les besoins, les attentes, les aspirations... et les vulnérabilités » (*ibid.*, p. 61). Ça n'est qu'en 1989 que la législation régit l'accueil en institution des enfants et adolescents polyhandicapés au moyen des annexes XXIV<sup>ter</sup>. Des établissements spécifiques ont alors pu voir progressivement le jour seulement à partir des années 1990, date qui reste somme toute assez récente. Ainsi, si le paysage institutionnel s'est clarifié et organisé dès les années soixante pour les enfants dits « arriérés » – psychose, déficience ou autisme –, Elisabeth Zucman montre que cette évolution institutionnelle fut bien plus ralentie pour les personnes les plus sévèrement touchées, notamment lorsque le trouble

---

<sup>37</sup> Comité d'Études et de Soins pour les Arriérés Profonds de la région parisienne

psychique était associé à une déficience physique ou sensorielle augmentant la dépendance. La création des maisons d'accueil spécialisées a permis de proposer un accueil spécifique aux adultes polyhandicapés. Pour celle qui nous intéresse, nous pouvons rappeler ici que son agrément reste original puisqu'il précise la vocation spécifique de l'institution à accueillir des personnes avec un « retard mental profond et sévère ». Si la majorité de ces personnes ont un diagnostic générique d'encéphalopathie et d'arriération profonde, souvent supposé d'origine lésionnelle, il s'avère qu'en se référant aux récents travaux sur le concept de polyhandicap – en particulier sur les trois profils proposés par Georges Saulus (2008 ; 2017) – ces sujets sont atypiques et malgré leur tableau déficitaire, ils ne correspondent pas à une situation de polyhandicap telle qu'elle est décrite aujourd'hui.

Les états déficitaires graves nous ont amenée à interroger la notion d'incurabilité. Bernard Golse (2017) remarque que l'incurabilité est une notion difficile à manier du fait de sa variabilité dans le temps mais aussi selon les champs d'intervention. En effet, ceux qui au XIX<sup>ème</sup> siècle étaient taxés d'incurabilité ne le seraient peut-être plus de nos jours, aussi parce que nous nous sommes peu à peu distanciés de la notion de guérison dans la logique de la médecine somatique. L'incurabilité liée à une lésion s'inscrit dans le contexte « d'un *état* pathologique fixé » alors qu'en psychopathologie, l'incurabilité est prise en compte comme « un *processus* qui, sans lien obligé avec la notion de lésion, renvoie à la dynamique d'une fixation psycho-pathologique, au sein d'un modèle polyfactoriel incluant les effets d'après-coup et le poids des interactions fantasmatiques » (p. 904). Mais même lorsqu'il y a lésion, par exemple dans le cas du polyhandicap, l'incurabilité reste une notion à nuancer dans la mesure où toute irréversibilité peut être aménagée, l'espoir de l'amélioration d'un état n'étant jamais à écarter si nous le considérons de manière dynamique. Ainsi, c'est une notion mouvante mais aussi singulière, spécifique à celui qu'elle désigne et à celui qui l'utilise, d'où la complexité de son maniement. Bernard Golse observe qu'elle a engagé des enjeux importants au sujet de la question de l'autisme, et plus généralement dans la « distinction terminologique », maintenant historique, entre handicap et maladie mentale :

Cette distinction terminologique avait fait débat en son temps. Les mots ont des significations qui sont fortement contextualisées à chaque époque et au sein de chaque culture, ce qui fait qu'en français, parler de handicap fait généralement associer sur une dimension lésionnelle et sur l'idée de techniques réadaptatives ou réhabilitatrices qui ne

peuvent être mises en œuvre qu'une fois le handicap instauré, alors que parler de maladie mentale fait davantage associer sur l'idée d'un dysfonctionnement (plutôt que sur celle d'une lésion) et sur le désir d'intervenir précocement en amont de la fixation de l'organisation psychopathologique. (*ibid*, p. 908)

Ainsi, la distinction terminologique se rapporte à la fois à celle du diagnostic – attaché à la présence ou à l'absence d'une lésion – et à celle de la prise en charge thérapeutique qui sera proposée à la personne. Dans notre première partie, nous évoquions les différents diagnostics découverts lors de notre étude des dossiers. Il n'est pas rare que dans le dossier d'un seul patient, nous retrouvions un imbroglio terminologique : idiotie, encéphalopathie, oligophrénie, arriération, psychose infantile ou déficitaire, autisme et déficience intellectuelle. Depuis, la réflexion diagnostique s'est affinée en prenant en compte des données cliniques élargies qui englobent les symptômes du sujet mais aussi les données anamnestiques et environnementales ainsi que des facteurs organiques. En France, cette démarche diagnostique – par exemple avec l'usage de la CFTMEA<sup>38</sup> (2012) – peut se croiser aux classifications internationales du handicap. Encore récemment, le diagnostic pouvait avoir un impact sur l'orientation de la personne qui se trouvait dirigée tantôt vers le secteur médico-social en cas de handicap, tantôt vers la psychiatrie en cas de psychose ou de troubles du comportement très envahissants, alors assimilés à des troubles psychotiques, puisqu'hors-normes. Nous avons également vu que dans le cas de l'autisme, cette orientation a évolué puisqu'il a d'abord été considéré comme un « trouble de la personnalité » d'origine psychopathologique avant d'être reconnu comme un handicap d'origine organique. Nous verrons de quelle façon cette dichotomie continue à évoluer de nos jours, notamment dans le cas des établissements médico-sociaux qui ouvrent maintenant leurs portes aux patients psychiatriques. La proposition récente des associations de parents d'enfants autistes préférant utiliser le terme de « spécificité » concernant l'autisme qui ne serait finalement ni handicap, ni pathologie (Golse, 2017) pourrait être appliquée à de nombreux sujets. Car dans le champ des cliniques de l'extrême, les troubles s'imbriquent, notamment lorsqu'ils engagent une évolution déficitaire chez le sujet. Par exemple, les angoisses de morcellement du sujet psychotique peuvent évoluer jusqu'à l'atteindre dans son corps avec la dégradation de ses fonctions instrumentales. L'approche sensorimotrice d'André Bullinger (2006) auprès d'enfants autistes ou porteurs de troubles envahissants du développement nous apprend que les

---

<sup>38</sup> Classification française des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence

interactions sensorimotrices entre l'organisme et son milieu, structurantes pour l'enfant ordinaire, peuvent produire des ressentis corporels singuliers qui se substituent aux élaborations représentatives et les désorganisent jusqu'à générer des troubles praxiques.

La lecture de Bernard Golse nous incite à dépasser cette notion d'incurabilité, source de blessure narcissique lorsqu'on la conçoit comme irrémédiable, le tout étant de supporter de « renoncer à l'illusion de guérir » (*op. cit.*, p. 1046). En la considérant de façon dynamique, tout sujet taxé d'incurabilité peut finalement accéder à la diminution de son désavantage au moyen des ressources qui lui seront proposées dans le soin ou l'accompagnement.

À la lecture des travaux des aliénistes, cette problématique posée par l'*illusion de guérir* se retrouve fréquemment. Dans son ouvrage publié en 1834 qui inaugure les orientations collectives de la loi de 1838, Guillaume Ferrus fait état de la nécessité de limiter la population des asiles. Il rejette l'idée de la mixité – de genre et sociale – mais il soutient la nécessité de ne pas séparer les malades curables des incurables, pour deux raisons principales :

Nul doute que ce ne soit presque un devoir pour la capitale de fonder de toutes pièces une maison d'aliénés dont la construction pût servir de modèle. Je ne pense pas, toutefois, qu'elle dût être exclusivement réservée aux malades qui offriraient des chances évidentes de guérison. N'y aurait-il pas, en effet, de graves inconvénients à placer, dans des établissements tout à fait séparés, les aliénés susceptibles de guérison et les aliénés incurables ? Ces derniers se trouveraient, pour ainsi dire, abandonnés ; et par leur isolement on se priverait de l'étude comparative des différents degrés, de la maladie, étude qui est si nécessaire aux progrès de la science. (Ferrus, 1834, p. 203)

Rappelons que Robert Castel (1976) soutenait que l'amplification de la capacité des asiles concourait à une stratégie de déploiement du pouvoir médical dans le champ politique et social à une époque socio-politique instable. Mais nous lisons chez Ferrus une préoccupation clinique quant au devenir des malades incurables et à leur probable abandon, même si celle-ci reste justement en lien avec cette ambition de guérison qui problématise la difficulté présentée par la suroccupation de l'asile.

La récente notion de « rétablissement » apporte des nuances, et peut-être une issue, à cette problématique. Elle s'associe à celles de capabilité et d'autonomie :



Le rétablissement cristallise la nouvelle situation institutionnelle du patient dans la cité en désignant la capacité à vivre une vie autonome et à connaître des accomplissements personnels malgré la persistance de symptômes. Le rétablissement implique une série de concepts liés qu'on pourrait qualifier d'« individualisants » ou de « personnalisants », qui appartiennent au langage de l'autonomie – comme ceux de pouvoir d'agir, de handicap, d'accompagnement, de parcours, de réseau ou de projet –, mais aussi de pratiques – comme la réhabilitation psychosociale ou l'éducation thérapeutique du patient – qui sont toutes thérapeutico-éducatives, ainsi que d'organisations (tels que les services d'accompagnement à la vie sociale [SAVS], les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés [Samsah], les maisons départementales pour les personnes handicapées [MDPH], les équipes mobiles en psychiatrie...) qui accompagnent le parcours du patient. Cet ensemble constitue l'institution de l'autonomie sur le terrain de la santé mentale. (Ehrenberg, 2022, p. 14-15)

S'il est considéré comme innovant, le principe de rétablissement n'est pas nouveau, puisqu'il s'inscrit dans la continuité du renoncement à « l'illusion de guérir » qui, nous l'avons vu, est mise en tension depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, d'abord avec les notions d'amélioration et d'éducabilité. Pour Alain Ehrenberg, le « changement dans l'esprit du soin » s'opère d'une part, avec l'ouverture de l'hôpital sur la cité et d'autre part, avec l'essor des thérapies de réhabilitation psychosociale qui ciblent les habiletés neurocognitives du sujet afin de soutenir sa capacité et son insertion sociale. Qu'une dimension scientifique soit donnée aux pratiques, notamment avec le recours aux techniques comportementalistes qui visent les apprentissages et l'autocontrôle, semble leur offrir une nouvelle légitimité. Paradoxalement, nous ajoutons qu'avec l'essor des neurosciences, le fait que les troubles psychiques soient de plus en plus mis en relation avec des dysfonctionnements cérébraux ne serait pas sans effet sur la relation du patient à sa maladie. Si elle peut, dans un premier temps, avoir un effet de déculpabilisation, elle peut aussi imposer une certaine distance d'avec la maladie, qui n'aurait pas d'autres enjeux – ni intrasubjectifs, ni intersubjectifs, ni environnementaux – que ceux d'une infortune physiologique. Il n'appartiendrait alors plus qu'à la médecine de trouver le remède, jusqu'à déresponsabiliser le patient vis-à-vis de ses troubles.

Alain Ehrenberg montre l'intérêt d'un accompagnement pluriel et transdisciplinaire, qui agirait finalement comme une constellation transférentielle (Delion, 2022). Il souligne l'articulation de l'approche psychodynamique qui conçoit l'individu « agent principal de son propre changement » (*ibid.*, p. 16) et de l'approche réhabilitatrice qui le place

« instigateur de lui-même » (*ibid.*, p. 17). Il conçoit ainsi la complémentarité des deux obédiences :

Prendre des habitudes de comportement et de pensée et élaborer sur les relations alimentent un double mouvement *complémentaire* psychodynamique, voire psychanalytique, et comportemental/cognitif. Prendre des habitudes par des exercices et élaborer sur les relations sont deux grandes manières de soutenir son être moral dans les sociétés individualistes de masse. (*ibid.*, p. 17)

La notion de capabilité du patient soutient donc ses ressources subjectives pour valoriser ses potentialités plutôt que ses déficits. Celle de réhabilitation psychosociale tient compte de l'environnement et de ses avantages ou désavantages pour élaborer un accompagnement pluriel, structuré par des compétences diversifiées et adaptées à la situation. À partir de cette dynamique, c'est donc une nouvelle conception du rétablissement qui se développe ces dernières années. Non seulement elle s'intéresse au sujet et à sa capacité à surmonter son handicap ou sa maladie, mais elle développe aussi un regard technique sur la qualité de vie de la personne au sein de la société, telle qu'elle est et non plus telle qu'elle devrait être. Si la personne doit développer des stratégies pour s'adapter à la vie dans la cité, celle-ci nous apparaît plutôt normative, l'activité et le lien social au sein d'une société de plus en plus compétitive étant souvent évoqués au fondement de la démarche. En outre, nous sommes parfois perplexes lorsque nous entendons que ce principe de rétablissement ne s'adresserait qu'à des individus « de bon niveau », ceux dont les capacités cognitives seraient suffisamment préservées pour accéder à cette vie responsable. Nous interrogeons en amont, dans notre chapitre sur la mise au travail (I.2.1.), le risque d'une nouvelle dichotomie autonomie/dépendance.

Bernard Pachoud (2012) apporte des nuances à cette perspective en s'intéressant à « la conception expérientielle du rétablissement » et montre ainsi que chaque parcours est construit à partir de la singularité de la personne et de son rapport subjectif au processus de rétablissement :

Elles [*les personnes qui témoignent*] précisent bien que l'enjeu n'est plus un retour à l'état précédant la maladie ou la restauration du niveau de fonctionnement antérieur, mais de parvenir à se rétablir dans une vie satisfaisante. Cela suppose d'avoir conscience de son handicap, de ses limites, mais également de reconnaître ses compétences, ses savoir-faire, d'avoir trouvé en soi, ou parfois aussi dans l'environnement, des ressources permettant de dépasser ses difficultés, de les contourner, de « vivre avec ». (p. 259)

Il s'agit donc de concevoir son projet de vie en tenant compte de ses propres limites, mais aussi de son désir, lui-même s'appuyant sur « l'espoir retrouvé » (*ibid.*, p. 260). Ainsi, l'expérience du rétablissement serait d'abord sous-tendue par « l'espoir, et en particulier la croyance que le rétablissement est possible ». De là, pourrait être développée une démarche de restauration, tant du « pouvoir d'agir » (l'autodétermination) que de l'estime de soi et de la confiance qui concourent à une redéfinition identitaire et surtout à la « réappropriation de son existence » (*ibid.*, p. 260). L'explicitation de ce processus renvoie aux travaux de Paul Ricœur sur la théorie de l'action (ici évoqués en I.2.2.) et le lien entre l'initiative et l'identité narrative. Bernard Pachoud souligne toute l'importance de s'engager dans un processus narratif afin de soutenir l'évolution identitaire du sujet pour construire « une définition réflexive et narrative de soi » (*ibid.*, p. 261) :

Autrement dit, il existe entre la vie et son élaboration narrative un rapport de circularité permanente, de renvoi de l'une à l'autre, en quoi consistent précisément la réflexivité, le développement de la conscience, et finalement une expérience véritablement humaine. C'est dans ce mouvement réflexif, d'élaboration du sens, que le soi s'appréhende comme sujet de ce récit, et qu'il est renvoyé moins au passé qu'au futur, futur des possibles que cette appréciation des situations permet d'envisager, voire d'ouvrir. (2017, p. 51)

C'est donc au moyen d'une expérience de refiguration de l'expérience passée et d'une nouvelle organisation des « éléments hétérogènes » de son vécu que le sujet peut envisager sa façon d'être au monde, et de quelle façon il pourra aménager ce rapport au monde à l'avenir. En citant non seulement Ricœur, mais aussi Paul Lysaker, Bernard Pachoud met en évidence la fonction unificatrice du récit, particulièrement pertinente dans le cas de pathologies psychotiques où la dissociation et le morcellement sont à l'œuvre (2012, p. 262). Nous verrons avec la suite de notre travail que cette proposition peut également s'appliquer auprès de sujets extrêmement déficitaires. Pour ce faire, il nous semble indispensable que cette notion de rétablissement soit suffisamment malléable pour rencontrer la personne en opérant une « disjonction » entre son statut de malade ou de personne handicapée et son expérience subjective du bien-être (Pachoud, 2017, p. 45-47). Lorsque la personne est dite « chronique » avec des symptômes très envahissants dans le cas d'un handicap déficitaire, il s'avère parfois compliqué d'élaborer un projet de réhabilitation vers une « vie active, satisfaisante et dotée de sens » (*ibid.*, p. 51) avec nos propres références, souvent normatives, de l'accomplissement :

Le processus de rétablissement suppose donc un projet, « la visée d'une vie accomplie ». Mais qu'est-ce au juste qu'une vie accomplie ? Quels en sont les critères ? Qui en décide ? À quel titre juger de la qualité du projet ? Ni la médecine, ni la psychologie n'ont de légitimité à fixer les normes d'une vie accomplie. (*ibid.*, p. 51)

Nous pouvons ici nous demander si ce ne sont pas les politiques publiques, *via* des enjeux économiques et sociétaux, qui fixent aujourd'hui de telles normes. Ces questions éthiques posées par Bernard Pachoud impliquent que nous fassions un mouvement de dégagement pour envisager la notion du bien-être et de satisfaction à la mesure de l'expérience du sujet. Ainsi, plus le sujet est déficitaire, plus le principe d'autodétermination nécessite chez celui qui l'accompagne, un certain détachement vis-à-vis des prérequis sociaux. L'*empowerment*, « la restauration d'un pouvoir d'agir », ne nous apparaît pas devoir être l'apanage de celui qui est décrit « en capacité de vivre seul », nous avons vu que la capabilité pouvait se développer dans un tout autre registre que celui de l'unique accès au logement et à l'emploi. S'il ne se développait qu'en ce sens, il serait lui aussi générateur d'exclusion, dans la mesure où de nombreuses personnes se trouvent confrontées à une souffrance, tant psychique que sociale, qui ne leur permet pas de répondre à une telle injonction.

Bernard Pachoud (2012) montre également que la disjonction entre les troubles de la personne et son devenir n'implique pas une séparation active entre médecine et réhabilitation psychosociale, mais qu'elle peut permettre une nouvelle orientation du soin et des politiques de santé mentale, comme l'évoque également Alain Ehrenberg. Bernard Pachoud remarque que si ce changement de paradigme est devenu une évidence dans les pays anglo-saxons, le modèle français dans son actualité y semble encore peu sensible dans ses pratiques :

Pour faire mieux ressortir ce que cette perspective a d'innovant, et même de subversif, on pourrait par exemple mettre l'accent sur la radicalité du choix, propre à cette approche, de se focaliser sur l'individu et ses ressources propres, sur la visée de son autonomie, en considérant ses soutiens de proximité (ses proches, son environnement social), ainsi que le soutien par les pairs plutôt que les étayages institutionnels traditionnels ; enfin en privilégiant des stratégies d'inclusion sociale portées par la collectivité. (*ibid.*, p. 264)

C'est la notion d'accompagnement que nous souhaiterions souligner ici, en envisageant que celle-ci puisse également se redéfinir, au plus près du sujet. Lorsqu'Alain Ehrenberg évoque un « changement dans l'esprit du soin » et que Bernard Pachoud insiste pour que

les pratiques soient fondées sur des « valeurs », nous comprenons que pour que ce tournant n'échoue pas, il s'agit peut-être de parvenir à associer les pratiques soignantes à celles de l'accompagnement médico-social. Nous verrons que depuis des années, celles-ci se côtoient sans réellement parvenir à se mêler. Les contraintes politiques actuelles devraient les obliger maintenant à s'associer, dans la mesure où de nombreux patients jusqu'alors soignés en psychiatrie, se retrouvent orientés vers des structures médico-sociales, parfois contre leur gré.

En effet, depuis plusieurs décennies, la psychiatrie française vit une mutation du fait d'une situation critique de crise budgétaire. Les agences régionales de santé ordonnent la réduction des dépenses de fonctionnement de tous les établissements publics de santé et nous y constatons des fermetures de lits répétées. Sur le mode de l'hôpital général, l'hôpital psychiatrique doit devenir un lieu de soins de crise aigüe et ne serait en aucun cas un lieu de vie, sa tâche primaire évoluant au fil du temps de l'hébergement vers le curatif. Les patients institutionnalisés sont pointés du doigt, dans la mesure où de nombreuses personnes trop fragiles pour vivre hors de l'institution se trouvent encore accueillies en psychiatrie. C'est en fait depuis le milieu des années soixante-dix que les politiques publiques posent la nécessité de réorganiser les dispositifs sanitaires et de réduire la capacité d'accueil dans les hôpitaux, particulièrement en psychiatrie. Mais ce n'est que récemment que les instances s'organisent concrètement pour déployer un dispositif d'orientation des patients dits chroniques, accueillis dans les services de longue évolution. Des mesures d'orientation doivent être prises, souvent dans l'urgence. Car si les conceptions du soin et de l'accompagnement évoluent, notamment avec l'essor de la réhabilitation psychosociale et des nouvelles thérapies en ce sens, les pratiques professionnelles au quotidien et les réponses institutionnelles tardent à se modifier. Pour les patients isolés et institutionnalisés de longue date en psychiatrie, qui n'ont pas bonne réputation dans une telle réalité de terrain, la rareté des places disponibles dans les structures médico-sociales françaises pour adultes rend ces mouvements complexes. En outre, les associations de parents et d'amis – qui représentent une force politique indéniable aujourd'hui – semblent peu mobilisées par ces patients souvent sans famille. Un à un, les voici mutés vers des établissements médico-sociaux de type foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées qui ne sont pas toujours adaptés à leur problématique. Lorsque les places viennent à manquer en France, la Belgique déploie des moyens pour les accueillir tandis que les plus âgés rejoignent des

maisons de retraite. Ce qui nous semble être une période de transition s'avère révéler un contexte difficile pour ces patients, souvent passifs face à l'énergie déployée par les professionnels pour réaliser ces changements de parcours.

Cette politique de réduction de lits provoque une rupture avec la tradition asilaire d'hospitalité, pourtant ancrée étymologiquement. Rappelons ici la signification étymologique du substantif *asile*, *asylum* : « lieu inviolable où une personne en danger trouve refuge ».

Donc, peu à peu, les lits des hôpitaux psychiatriques se vident et l'institution est tenue de privilégier le traitement de l'aigu pour des durées moyennes de séjour très brèves, avec le recours aux soins ambulatoires pour les patients en capacité de vivre dans des logements de manière autonome. Lorsque nous interrogeons cette nouvelle dynamique, nous entendons souvent des réponses d'ordre économique dans une logique gestionnaire. Le tarif journalier élevé d'une hospitalisation complète en psychiatrie et le passage annoncé de la tarification à l'activité (T2A) ne s'harmonisent pas avec les longs séjours de patients aux pathologies chroniques et assignés à un état d'incurabilité, qui contrarie les nouveaux principes de rétablissement et de réhabilitation.

## CHRONICITÉ ET SÉDIMENTATION

Malgré nos efforts pour différencier l'incurabilité de l'inéducabilité, tout au long de cette recherche les concepts de déficit, d'incurabilité et de chronicité ne cessent de se croiser et de se confondre, aussi dans le quotidien de notre pratique clinique. Il nous est parfois difficile de déterminer si cette confusion influence les politiques de santé ou si ce sont ces dernières qui ont initié la confusion et l'entretiennent. La maison d'accueil spécialisée, comme les services de longue évolution, accueille des patients dits « chroniques ». Bien qu'il en parle au passé, Philippe Chavaroche évoque « les véritables dépotoirs qu'étaient les pavillons de chroniques ou de défectologie des hôpitaux psychiatriques » (2021, *op. cit.*, p. 16) et force est de constater que nous rencontrons dans les unités de longue évolution des patients aux pathologies multiples et souvent complexes, dont la diversité vient nourrir cette représentation. Le concept de chronicité nous semble maintenant associé au thème de l'incurabilité au sens aliéniste, voire de la dégénérescence. Puisqu'il côtoie de près celui de déficience, mais aussi parce qu'il devient une préoccupation au

sein des institutions médico-sociales, nous allons l'aborder en tenant compte de son histoire. La réflexion qui suit peut paraître confuse d'un point de vue clinique, puisqu'elle rapproche les situations de patients porteurs de pathologies psychiatriques dites classiques – comme la schizophrénie –, de troubles isolés plus récemment – comme les structures anaclitiques – ou de déficiences d'origine organique. Cette apparente confusion est le reflet de la « bigarrure » que nous rencontrons dans les services de longue évolution. Car si, comme nous l'avons vu, l'idiotie a pu être une catégorie générique incluant des sujets porteurs de handicaps ou de pathologies aujourd'hui différenciées, l'utilisation du terme « chronique » nous semble parfois se trouver soumise au même mécanisme d'imbrication.

Dans l'ouvrage qui réunit les actes des journées nationales de psychothérapie institutionnelle d'Angers de 2002 dont l'argument porte sur *la chronicité en psychiatrie aujourd'hui*, tous les auteurs s'accordent à dire qu'un fondement majeur de la psychiatrie est constitué par le traitement de la chronicité des maladies mentales. Dans son introduction, Pierre Delion nous rappelle que la chronicité en psychiatrie s'inscrit dans une temporalité à prendre en compte :

Le concept de chronicité me semble très important aujourd'hui car il est au centre d'un malentendu très regrettable pour les malades mentaux. Il ne fait de doute pour personne que cette maladie [*mentale*] est très souvent réputée durer tout le long de la vie. Mais comme un certain nombre d'autres pathologies, elle ne guérit pas dès que l'épisode aigu est fini, et bien souvent même, elle semble commencer par un tel épisode, et quelquefois, sans même donner l'illusion d'un répit sinon d'une guérison, elle perdure avec toute la force de l'acuité décompensatoire sur un mode chronique. (2004, p. 10)

Ainsi, lorsque l'on s'inscrit dans un dispositif éthique de continuité des soins, l'accompagnement thérapeutique s'élabore au long cours. D'emblée, nous remarquons que ce principe s'accorde mal avec la dichotomie chronicité/acuité imposée par les récentes politiques de santé mentale qui prônent des réductions drastiques de la durée moyenne de séjour des patients dans les services hospitaliers. Car si l'hôpital se conforme à cette volonté d'être réservé aux traitements des états aigus, il est alors soulevé à quel point cette exclusivité risque d'être génératrice d'exclusion. Salomon Resnik remarque non sans inquiétude que les patients psychotiques se rencontrent maintenant de plus en plus nombreux dans la rue, en particulier dans les grandes villes :

Aujourd'hui la folie n'est pas dans les hôpitaux psychiatriques, il n'y a pas de *Narrenschiff*, mais elle est disséminée dans les villes, dans les grands centres urbains comme Paris. C'est dans les marchés, sous les ponts de Paris, dans le métro surtout, ce grand hôpital psychiatrique, que l'idée de l'asile psychiatrique, toujours en apparence supprimé, réémerge. (dans : Delion, 2004, p. 32)

Ainsi, les corps de ces personnes, aux prises avec le morcellement, se trouvent désintégrés et disséminés dans tout le pays en l'absence de lieux nouveaux pour les rassembler. Salomon Resnik nous rappelle qu'au-delà de traiter les états aigus, la fonction de l'hôpital psychiatrique consisterait surtout à rassembler et contenir le sujet en souffrance :

C'est là la fonction, entre autres, de l'équipe soignante : de poser des limites, si c'est possible humaines et chaleureuses, et d'offrir une aide pour contenir l'incontenable : l'anxiété psychotique. (*ibid.*, p. 32)

L'expérience de vivre au sein de la cité n'est pas anodine pour le sujet psychotique, en particulier lorsqu'il s'agit d'investir un logement. Or, si l'hôpital n'exerce plus sa fonction sociale d'asile (Girard, Schmitt & Wattieaux, dans : Delion, 2004), les personnes qui ne sont pas en capacité d'habiter quelque part se retrouvent alors en grand danger, en situation de grande précarité, de grande vulnérabilité mais surtout de grande souffrance psychique. Bien qu'elle ne soit « pas un effet mécanique et « naturel » des inégalités socioéconomiques », la sociologue Lise Demailly (2011) observe une corrélation entre les troubles psychiques et « les personnes de bas revenu et de niveau scolaire moindre ». S'il ne s'agit pas d'un lien de causalité, les pathologies psychotiques étant d'ailleurs réparties plutôt harmonieusement dans la population, elle observe néanmoins l'influence de la société dans la production et l'évolution des troubles mentaux qui génère des « inégalités de santé » (p. 18) :

Un certain consensus chez les psychiatres semble toutefois se dégager pour formuler l'hypothèse suivante : le trouble mental grave est créateur de précarité, les troubles anxieux-dépressifs sont favorisés par la précarité. Et le sociologue ajoutera que le processus de désignation étant social, l'identification d'une conduite comme relevant d'un trouble mental obéit elle-même à des déterminismes sociaux. (*ibid.*, p. 19)

Elle rapporte qu'une souffrance psychosociale (troubles anxiodépressifs, addictions) peut apparaître face à la précarité, et nous complétons ici que de tels troubles peuvent se surajouter à une pathologie psychotique. On ne vit pas sa schizophrénie de la même façon



lorsque l'on est dans un logement, en famille, à l'hôpital, dans un établissement médico-social, en prison ou à la rue.

Lise Demailly souligne aussi les effets sociaux des symptômes, en citant pour exemple la « placardisation » dans l'entreprise dans le cas de la dépression. Il va sans dire que les troubles psychotiques ont de nombreux effets sociaux, en particulier la rupture du lien social et le repli, avec une grande difficulté pour le sujet malade à s'intégrer parmi les autres, en particulier auprès des personnes ordinaires sans « étrangeté d'âme », pour reprendre l'expression très juste de Lise Demailly. Ainsi nous semble-t-il lui aussi « placardisé », mais à l'échelle de la cité, dans la mesure où, de nos jours, l'étrangeté et les comportements hors-normes y semblent de moins en moins tolérés. Cette solitude peut s'adjoindre à des sentiments négatifs comme la honte, la dévaluation, la culpabilité, et aussi amplifier les idées délirantes de persécution chez le sujet malade. La sociologue fait le lien entre un faible capital social et culturel, et cet isolement :

On peut faire l'hypothèse corrélative qu'un moindre capital culturel, des possibilités de verbalisation moindres, moins de soutien narcissique sont l'occasion d'autostigmatisations plus fortes. En somme, à trouble psychique théorique « égal », les conséquences déstructurantes des symptômes sur la vie relationnelle seraient plus fortes dans le cas de ressources économiques et culturelles faibles. (*ibid.*, p. 20)

Elle observe également que l'accès aux soins ne va pas de soi, les personnes en situation de précarité ne faisant pas facilement la démarche ou, pour le thème qui nous intéresse, elle remarque que « C'est enfin la structure de l'offre de soins et les pratiques professionnelles des soignants qui excluent les plus démunis, sans forcément qu'il s'agisse toujours de pratiques délibérées » (*ibid.*, p. 21). De notre place, nous observons que des personnes aux prises avec la précarité viennent demander refuge à l'hôpital public, afin d'être mises à l'abri mais aussi parce qu'elles y trouvent une compréhension spécifique de leurs troubles et de leur mal-être social. Enfin, Lise Demailly constate que si l'offre de soins est elle-même inégalitaire selon le milieu social du patient, le recours à l'hôpital psychiatrique apparaît plus disqualifiant et stigmatisant chez les personnes aux moindres ressources « économiques, culturelles, sociales » (*ibid.*, p. 21).

La psychiatrie, confrontée à ses réductions budgétaires, se voit donc contrainte à organiser l'orientation de ses patients hospitalisés au long cours vers des structures qui proposeraient des solutions d'accueil – et donc d'hébergement – économiquement plus rentables, ou du moins supportables par la collectivité. Nous ne pouvons ignorer que le

recours aux dispositifs du champ social (habitat de type CHRS<sup>39</sup>) ou médico-social (habitat de type foyer de vie) s'avère invivable pour bon nombre de patients psychotiques et sans abri. Or, si les anciens patients de l'hôpital psychiatrique n'ont pas développé de capacités pour investir les nouvelles propositions sociales et si les portes de l'asile restent fermées à leur détresse, quel recours leur reste-t-il, sans considérer que la prison ou la rue en soit un acceptable ? Ne s'agit-il pas d'un double abandon, d'une part parce que leur situation d'errance ne semble pas inciter nos instances tutélaires à proposer des solutions adaptées (et non auxquelles le sujet doit s'adapter), d'autre part parce que leurs troubles psychiques – qui les conduisent souvent au repli et à l'incurie – ne se trouvent plus suffisamment préoccupants pour être soignés ? Comment nommer autrement le renoncement à traiter la chronicité qui signerait le constat d'un épuisement thérapeutique ? Il en résulte que de jour en jour, des personnes se trouvent aux prises avec un processus de désobjectivation allant au-delà de la désaffiliation sociale (Castel, 1991) qui les amène à renoncer à demander de l'aide à la dernière institution susceptible de leur procurer l'étayage psychique dont elles avaient besoin pour se sentir appartenir à une communauté humaine. Jean Furtos (2009), dans sa clinique de la grande précarité, décrit le syndrome d'auto-exclusion qui mène le sujet jusqu'au désespoir absolu et à sa disparition psychique. Force est de constater qu'ici, la théorie de l'autodétermination et de la capabilité, tout comme les propositions thérapeutiques de réhabilitation psychosociale ne semblent pas pertinentes et tendent même à ajouter une difficulté. En effet, ces personnes en souffrance risquent d'être désignées responsables de leur échec à s'inscrire dans un parcours de soin et de socialisation et taxées d'incapacité à faire des choix subjectifs qui soient en adéquation avec les attentes sociales contemporaines. Pour reprendre l'expression d'Alain Ehrenberg, pouvons-nous supporter dans ce cas que l'homme incapable devienne coupable ?

Les patients psychotiques ainsi « externés » ont des pathologies chroniques et sont décrits « stabilisés », sans la grande dépendance dans les actes de la vie quotidienne qui nécessite une assistance de tous les instants comme une personne lourdement déficitaire peut en avoir besoin. Une grille d'évaluation de la dépendance révélerait leurs capacités d'autonomie répondant aux critères nécessaires pour vivre seul dans un logement extérieur à l'hôpital. Il s'avère ici que l'angoisse psychotique et le besoin subjectif de contenance ne sont pas quantifiables. Alors, sans une rencontre intersubjective mettant à

---

<sup>39</sup> Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

jour ces éléments qui relativiseraient la possible adaptation du patient sortant, l'affirmation objective « l'hôpital ne doit pas être un lieu de vie » est applicable. Nous avons choisi cet exemple parce qu'il nous apparaît le plus manifeste quant au renoncement de l'hôpital psychiatrique moderne à exercer sa fonction sociale d'asile. Le mécanisme s'avère identique pour des sujets déficitaires qui doivent être orientés vers des structures médico-sociales n'étant pourtant pas dotées de moyens thérapeutiques, quand bien même ils en auraient besoin.

Nous le disions plus haut, une grande diversité clinique se rencontre aujourd'hui dans les services de longue évolution, dits « pavillons de chroniques ». Leur mauvaise réputation à connotation asilaire participe à leur prochaine disparition. Pourtant, il nous semble que c'est bien le besoin de soins qui a provoqué l'hospitalisation au long cours de leurs patients. Qu'ils soient atteints de psychose ou de déficience, l'une se surajoutant souvent à l'autre, leurs manifestations d'angoisse fréquemment clastiques nécessitent une contenance thérapeutique qui soit opérante dans la durée. Leur maintien en famille ou dans des institutions médico-sociales n'a pas été possible au vu de leurs troubles trop envahissants, d'où la nécessité ancienne d'une hospitalisation. Il arrive qu'après plusieurs années, un patient suffisamment stable puisse s'engager dans un projet d'orientation qui convienne à sa nouvelle évolution. Mais il arrive également qu'un autre ne soit pas en mesure de s'adapter à un nouvel environnement, notamment lorsque celui-ci ne dispose pas d'une offre de soins spécialisés. Qu'une hospitalisation puisse durer des années, voire des décennies, soulève bien sûr un paradoxe. Il est difficile d'envisager qu'un effort thérapeutique se maintienne au long cours et souvent les soignants déplorent « ne rien pouvoir faire de plus pour tel patient ». Un patient institutionnalisé de longue date s'appuie sur un mode de vie ritualisé ; il connaît chaque service et est connu de tous, nous le croisons lorsqu'il accomplit son parcours quotidien dans le parc de l'hôpital, il fréquente les ateliers d'ergothérapie avec plus ou moins d'assiduité et ne consulte que très rarement un psychiatre. C'est ce juste équilibre qui lui permet d'avoir une place humaine parmi les autres (Abatzoglou dans : Delion, 2004, p. 151-152). Isabelle von Buelzingsloewen (2020 *a*) a étudié l'histoire d'Antoine A., patient de l'hôpital du Vinatier, à Lyon, de 1951 jusqu'à son décès en 2013 et rapporte les mêmes habitudes de vie (p. 133). Des années 1970 à nos jours, celles-ci apparaissent immuables pour nombre de patients dans les hôpitaux psychiatriques français. Pourtant, nous soutenons ici que le

principe d'un accueil à l'hôpital psychiatrique, surtout lorsqu'il est au long cours, ne peut être considéré uniquement par sa fonction d'hébergement. Il semblerait que nombre de soignants, de l'agent de services hospitaliers jusqu'au médecin, aient peu à peu intégré le discours politique actuel qui reprocherait aux patients de « profiter du gîte et du couvert » aux dépens de soignants qui ne seraient plus considérés que comme des hôteliers par ces mêmes patients. Nous retrouvons ici l'allusion à la notion très usitée de « bénéfiques secondaires ». Un collègue psychiatre posait alors la question judicieuse de ce que seraient les « bénéfiques primaires » dans de tels cas. Rappelons-les ici. La spécificité d'une institution psychiatrique est de contenir le sujet dans sa singularité. Il s'agit là de supporter – au sens de faire support – son originalité psychotique, ses bizarreries souvent difficilement supportables parce que peu compréhensibles et en décalage avec les normes attendues dans une vie en collectivité. Il s'agit de se distancier d'attitudes mais aussi de propos parfois inquiétants qui sont devenus insupportables en société. Et malgré cette *inquiétante étrangeté*, il s'agit de se reconnaître en l'autre et de partager cette humanité dissociée et archaïque qu'il nous présente. Il y a des patients qui ne sont pas accessibles au changement, bien que l'on perçoive chez eux de multiples ressources qui pourraient leur permettre de se « réhabiliter ». Ils ne sont pas en capacité de s'adapter à des propositions éducatives et encore moins normatives. Peut-être le seront-ils un jour, mais en attendant, ils demandent juste à être supportés, et non pas oubliés.

Pierre Delion (*ibid.*, p. 11) nous recommande la lecture d'un rapport d'assistance intitulé *Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques*, rédigé en 1964 par Louis Le Guillant, Lucien Bonnafé et Hubert Mignot. Au-delà de son intérêt clinique, et bien que les auteurs indiquent ne faire que très peu référence, entre autres, « aux arriérations, aux épilepsies, aux états déficitaires d'origine organique » sur lesquels se penche notre thèse, celui-ci nous apporte une contextualisation de l'époque qui nous intéresse.

À l'occasion, nous y retrouvons une allusion à cet usage des asiles de la Seine « à « traiter » à bas prix, dans des établissements provinciaux, les [*leurs*] « échecs thérapeutiques » (1964, p. 12) » :

Chacun est d'accord avec eux et avec BARUK pour écarter le dogme de l'évolution fatale des grandes psychoses. Il a eu, en effet, de regrettables conséquences, que les médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine sont particulièrement bien placés pour connaître, puisque la moitié des malades de ce département, tenus pour incurables et prétendus sans

famille, a été, durant des dizaines d'années, transférée dans des établissements provinciaux. Mesure qui, quelle que soit la qualité des soins qu'ils y reçoivent aujourd'hui, peut difficilement être tenue pour la mieux adaptée à leur égard. Il s'agissait en fait d'un cynique abandon, visant à réaliser des économies. (*ibid.*, p. 128)

Cette pratique est ancienne, puisque nous avons vu que Bourneville y avait déjà recours pour tenter de réduire le taux d'occupation de son service à Bicêtre. Mais voilà qui nous confirme un fondement de l'idée, fréquemment évoquée par les « anciens soignants » de notre hôpital provincial, d'avoir fait fonction de « réceptacle des incurables parisiens » durant toute une époque. Sur les trente accueillis à la maison d'accueil spécialisée en 2003, nous comprenons également mieux la présence de trois patients – tous Pupilles de l'État – originaires de l'ancien département de la Seine et hospitalisés au cours des années soixante dans les Hauts-de-France. Aussi, ce phénomène nous évoque la très récente pratique de l'expatriation de personnes – enfants et adultes – handicapées ou malades mentales vers la Belgique (Bebin et coll., 2015). Les départements des Hauts-de-France sont particulièrement impliqués dans ce mouvement dont l'argument principal reste le manque de structures adaptées en France.

Le Guillant, Bonnafé et Mignot insistent sur la prise en compte de l'histoire et de son effet sur notre évolution institutionnelle. Ils nous rappellent qu'avec l'élan d'espérance de l'après-guerre, le monde de la psychiatrie a vécu cette révolution qu'ils décrivent comme une « renaissance » (*op. cit.*, p. 12) et qui est intimement mêlée à l'essor du courant de psychothérapie institutionnelle. Ainsi, comme nous l'évoquions au cours de notre première partie, les pratiques se sont modifiées, portées par de nouvelles conceptions théoriques, culturelles, mais aussi politiques. L'apparition des neuroleptiques a également contribué à modifier l'ambiance des services, mais aussi à ce que l'état des patients s'améliore jusqu'au bénéfice d'une certaine stabilité.

Vingt ans après la Libération, les auteurs restent marqués par l'expérience traumatique de la Seconde Guerre mondiale. Ils déclinent plusieurs éléments de compréhension d'une prise de conscience qui a eu un impact sur leur regard clinique porté aux problèmes posés par la chronicité :

Quantitativement : on n'assiste pas à l'agonie, par la faim et le froid, de 40.000 « aliénés », en France seulement, sans que cela « donne à penser ».

Qualitativement : on n'assiste pas à des *résurrections mentales* agoniques chez des catatoniques grabataires végétatifs sans voir d'un œil neuf la pseudo-démence schizophrénique.

Relativement au cours de l'histoire : on ne découvre pas *l'univers concentrationnaire* (y compris la pathologie de carence globale que l'on a connue chez des malades *dont on était le médecin*) sans porter sur le mur de l'asile et sur le système de relations humaines qu'il enferme, un regard plus perspicace. (*ibid.*, p. 48)

Le courant de la psychothérapie institutionnelle a toujours soutenu s'être construit contre les enseignements tragiques de la Seconde Guerre mondiale, et ce dans une démarche militante qui s'appuie sur les évolutions de pensée du Conseil national de la Résistance. Comme de nombreux évènements historiques, chaque guerre marque une rupture importante dans nos sociétés et nous savons à quel point celle-ci a été funeste et déstabilisante dans le champ de la psychiatrie. La rupture qu'elle a générée a profondément marqué nos représentations de l'asile qui a dû se reconstruire sur les traces que cette guerre a pu laisser. Si la psychiatrie française de l'après-guerre est fondamentalement progressiste et empreinte d'une mémoire collective, chaque établissement s'est retrouvé à devoir rouvrir ses portes en composant avec les évènements constitutifs d'une histoire institutionnelle singulière. Les travaux d'Isabelle von Bultzingsloewen (2007 *b*) montrent que la France comptait une centaine d'hôpitaux psychiatriques qui ont développé différentes stratégies de lutte contre la famine, selon leur localisation, leur statut public ou privé mais aussi et surtout la personnalité et l'engagement de ses personnels. Si « l'hécatombe » s'avère quantitativement et qualitativement variable d'un établissement à un autre, le mythe institutionnel construit sur ce passé douloureux à valeur souvent traumatique s'élabore et se transmet donc aussi de façon différenciée. En outre, la prise de conscience de l'horreur des camps de concentration et de la dimension eugéniste associée à la mort de ces malades vont influencer nos représentations collectives de l'époque quant à la nécessité de protéger les personnes les plus vulnérables.

Le second enseignement de cette guerre porte sur le phénomène de déshospitalisation de certains malades lors des périodes de chaos provoquées par l'évacuation des hôpitaux psychiatriques français qui n'ont pu maintenir leurs malades en hospitalisation au milieu de la tourmente. Ceux qui le pouvaient sont parvenus à saisir l'opportunité de s'enfuir pour accéder à une réadaptation sociale, par exemple en retrouvant leur famille ou en

offrant la main-d'œuvre qui venait alors à manquer dans le milieu agricole. Pour d'autres, c'est une sortie précoce qui a été négociée par des médecins soucieux qu'un maximum de malades puissent échapper à la catastrophe qui s'annonçait. Isabelle von Bueltzingsloewen (2018) s'appuie, entre autres, sur l'expérience de Louis Le Guillant (hôpital de la Charité-sur-Loire) mais constate que plusieurs hôpitaux sont concernés. Jusqu'alors, de forts préjugés de dangerosité et d'incurabilité entravaient les possibilités de réhabilitation de malades mentaux à l'extérieur de l'asile. Les familles pouvaient aussi exprimer des réticences à l'idée de réaccueillir celui qui avait parfois terrorisé l'entourage avec des symptômes insupportables.

La proposition moins courante du « maintien abusif » est une perspective intéressante aussi proposée par Isabelle von Bueltzingsloewen. Elle remarque ainsi que les « bons » malades, souvent travailleurs, qui tenaient une place dans le fonctionnement asilaire n'envisageaient pas plus de la quitter qu'on ne les désignait sortants puisqu'ils représentaient une économie non négligeable (p. 59). Pourtant, déjà avant la guerre, la remise en question des bénéfices d'un internement prolongé commençait à émerger au vu de la surpopulation asilaire. Mais la problématique de la guérison et donc de l'incurabilité engageait finalement des préoccupations d'ordre médical peu mobilisables du fait d'un passé aliéniste aux conceptions encore très présentes à cette époque. La Seconde Guerre mondiale fut donc une expérience ayant déclenché la réforme des alternatives à l'internement de longue durée. Confrontés à la famine ou aux évacuations forcées, les hôpitaux ont dû trouver des solutions, notamment en multipliant des sorties d'essai qui devenaient généralement définitives. Le milieu agricole, moins sensible aux phénomènes d'*inquiétante étrangeté*, a alors accueilli de nombreux malades, qu'ils soient déficients ou même discordants. Mais pour Isabelle von Bueltzingsloewen, ce phénomène ne serait finalement pas qu'occasionnel :

Présentée ici comme une prise de risque, la propension nouvelle des médecins-chefs à faire sortir « prématurément » leurs malades ne s'explique donc pas seulement par la crise alimentaire que traversent alors les hôpitaux psychiatriques mais aussi par un changement de conception de la prise en charge des malades mentaux dont on envisage la « récupération » ou la « réadaptation » sociales plutôt que la guérison. (*ibid.*, p. 58)

Lorsque Le Guillant, Bonnafé et Mignot évoquent les « *résurrections mentales* » (*op. cit.*, p. 48) qui ont provoqué leur prise de conscience, il ne nous semble pas qu'il s'agisse d'une guérison miraculeuse mais bien de ce changement de conception décrit par Isabelle

von Buelzingsloewen. Si la violence de la dégradation des conditions de vie dans les hôpitaux a certainement annihilé leur contenance, elle a aussi contraint tant les malades que les soignants à trouver des aménagements pour surmonter la sidération. Ici encore, on peut penser qu'il y a eu ceux qui possédaient les ressources résilientes et ceux qui n'ont pas résisté à l'effondrement. Isabelle von Buelzingsloewen n'a pas eu les données suffisantes pour quantifier les premiers. Elle observe toutefois que face aux carences du dispositif extrahospitalier de l'époque, plusieurs initiatives ont été mises en place pendant cette guerre pour tenter de réhabiliter les malades mentaux qui le pouvaient à la vie à l'extérieur de l'asile. Ainsi, les psychiatres ont été confrontés à un double questionnement, d'une part quant à la défaillance de la place accordée aux malades mentaux au sein d'une société excluante et d'autre part, quant à la pertinence d'un internement prolongé et à l'effet chronicisant de l'asile.

Si les éléments conceptuels qui constituent le champ théorique et pratique de la psychiatrie évoluent au rythme des ruptures et des avancées sociétales, ils s'articulent toutefois avec ceux de nos prédécesseurs. Ainsi, les réformes promotrices de la « santé mentale » de ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle ne se construisent pas indépendamment des apports des psychiatres du XX<sup>ème</sup> siècle, même si ceux-ci sont fréquemment critiqués. De la même façon, l'héritage historique constitué par le débat aussi vigoureux que riche des aliénistes autour de cette thématique de la chronicité s'intègre à la réflexion des acteurs de l'après-guerre.

Les auteurs démontrent que les orientations de ce grand renfermement du XIX<sup>ème</sup> siècle ont déterminé l'évolution des maladies mentales et que les travaux des aliénistes ont été orientés par leur responsabilité dans ce choix politique. Leur clinique naissante était attachée à la découverte de l'aliénation dans une conception générique et indifférenciée. De ce fait, leurs recherches empiriques qui tentaient d'aboutir à une classification pouvant faire consensus devenaient parfois contradictoires. Et surtout, Le Guillant, Bonnafé et Mignot constatent à quel point les aliénistes ont été « submergés » par la « masse indistincte des rejetés » à laquelle leurs successeurs – « les organisateurs de l'assistance spécifique » – ont dû faire face (*ibid.*, p. 52). Ils mettent en évidence de quelle façon le « couple surpeuplement-indifférenciation dans les services hospitaliers » influence la clinique en psychiatrie, que l'on soit aliéniste au XIX<sup>ème</sup> siècle ou désaliéniste au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle (*ibid.*, p. 55) et que ce passage d'un statut à l'autre, cette « reconversion » (*ibid.*, p. 298) s'opère en faisant ce lien. Du fait de cet héritage, la population accueillie



va être organisée – et ce durant de nombreuses années puisque c’est toujours le cas aujourd’hui – par la dichotomie du « dilemme aigu-guéri-sortant/chronique-non guéri-sédimenté » (*ibid.*, p. 66).

Comme le souligne aussi Pierre Delion (2004), cette notion de sédimentation est très importante, car elle illustre bien de quelle façon la chronicité est associée au risque de démission thérapeutique et en l’occurrence à celui de l’oubli du patient qui n’évolue pas comme on le souhaiterait. Nous pouvons ici revenir à l’approche du phénomène de sédimentation par Paul Ricœur (1990), qu’il propose lorsqu’il s’intéresse à la dialectique de l’*ipse* et de l’*idem*. Rappelons que pour le philosophe, la sédimentation correspond à l’action de la permanence dans le temps qui « tend à recouvrir, et à la limite, à abolir l’innovation qui l’a précédée » (p. 146). Si l’on articule cette dialectisation *ipse/idem* avec la chronicité et la longue évolution, nous pouvons évoquer l’impact de l’environnement sur le sujet, qui intègre les éléments devenus immuables et ritualisés dans un mouvement identificatoire. La permanence dans le temps fait alors effet de « contraction identitaire » :

Par cette stabilité empruntée aux habitudes et aux identifications acquises, autrement dit aux dispositions, le caractère assure à la fois l’identité numérique, l’identité qualitative, la continuité ininterrompue dans le changement et finalement la permanence dans le temps qui définissent la mêmété. Je dirai de façon à peine paradoxale que l’identité du caractère exprime une certaine adhérence du *quoi ?* au *qui ?*. Le caractère, c’est véritablement le « quoi » du « qui ». Ce n’est plus exactement le « quoi » encore extérieur au « qui », comme c’était le cas dans la théorie de l’action, où l’on pouvait distinguer entre ce que quelqu’un fait, et celui qui fait (et nous avons vu la richesse et les pièges de cette distinction qui conduit tout droit au problème de l’ascription). Il s’agit bien ici de recouvrement du *qui ?* par le *quoi ?*, lequel fait glisser de la question : *qui suis-je ?* à la question : *que suis-je ?* (*ibid.*, p. 147)

La sédimentation en psychiatrie confronte le sujet hospitalisé à un environnement dépersonnalisant, où l’uniformisation et la ritualisation sont au service de l’*idem*. Ainsi, son identité ne peut être envisagée qu’en tant que caractère figé et non-évolutif, ce qui, somme toute, correspond à la définition de la chronicité lorsqu’elle est sédimentée. Dans la poursuite de son raisonnement, Ricœur propose : « ce que la sédimentation a contracté, le récit peut le redéployer. » (*ibid.*, p. 148). De statique, l’identité devient dynamique, à condition qu’une « mise en intrigue » des expériences subjectives soit opérante. Ce mécanisme, contrarié par la psychose – en particulier par le délire ou la dissociation –

nécessite d'être soutenu par les soignants. Il s'agit, d'une part, de contenir la désorganisation des idées qui correspondrait à un *ipse* sans *idem* et d'autre part, de contrer les effets de vide de la pensée qui impliquerait la prépondérance de l'*idem* sur l'*ipse*. Ainsi, en prolongeant la pensée de Ricœur, la fonction soignante consisterait donc à animer cette dialectique *idem/ipse*, fragilisée par la pathologie mais aussi par le contexte asilaire, afin qu'advienne – ou que soit préservée – l'identité narrative du sujet hospitalisé. Ce serait à cette condition que le patient dit chronique, et l'institution qui l'accueille, pourraient échapper au mécanisme rigidifiant de sédimentation.

Le Guillant, Mignot et Bonnafé traduisent le phénomène de sédimentation par le concept d'hospitalisme en mettant en évidence l'état d'abandon du patient, mais tout autant celui du soignant qui doit renoncer à dispenser des soins techniques pour être lui aussi « abandonné à la convivance » (*op. cit.*, p. 301). Cette situation de *convivance* implique le soignant dans une relation au patient où l'humanité se trouve au premier plan, sans plus aucun recours défensif à la technicité du soin. Seul le maniement du transfert et du contre-transfert devient un outil de soin qui est à élaborer en tenant compte de ses enjeux intimes et propres à chacun. Lorsqu'une dynamique de constellation transférentielle n'est pas pensée, les postures individuelles des soignants risquent de devenir très hétérogènes et propices à des phénomènes de déliaison (Delion, 2016).

Se confronter à la *convivance* nous engage aussi dans un rapport au temps anhistorique. Comme il le souligne déjà à propos du concept d'autonomie, Philippe Chavaroche met en évidence le caractère crucial de cette dimension temporelle. À l'heure où l'on attend des soins qu'ils soient sources de progrès et d'évolution chez le sujet, l'accompagnement de la personne déficitaire place le professionnel face à sa régression ou au mieux, à son immutabilité. Il observe que pour échapper à la sensation d'être englué par une quotidienneté ressentie comme aliénante, le recours à l'activisme s'avère fréquent dans les institutions d'aujourd'hui :

Ne peut-on faire également l'hypothèse que derrière cet « activisme » réside le fait que l'on se soumet à une obligation plus ou moins manifeste de « montrer » ce que l'on fait avec les patients ? Les activités se voient, elles peuvent se mettre en tableaux, voire en statistiques... À l'heure où la « qualité » s'érige en dogme tout-puissant, n'y aurait-il pas la tentation de mesurer la qualité d'une prise en charge au nombre d'activités proposées au détriment d'actions moins visibles ? (dans : Delion, 2004, *op. cit.*, p. 61-62)

Au-delà de répondre à des injonctions managériales, cet activisme aurait aussi une fonction contraphobique de valorisation des professionnels, attaqués par la vanité de leurs propositions thérapeutiques risquant de les mener jusqu'à la dépressivité et l'épuisement.

Pourtant, Philippe Chavaroche démontre toute la valeur de la répétitivité et de la continuité de la vie quotidienne en institution, notamment pour des personnes très démunies. Ainsi, soutenir une temporalité linéaire – qui permet d'assurer la satisfaction des besoins vitaux mais aussi la permanence de la relation et la contenance de l'espace – nous montre que la *convivance* nécessite un travail clinique dont la finesse de l'élaboration implique de constants réajustements. C'est peut-être en ce sens que Le Guillant, Mignot et Bonnafé insistaient sur la curabilité de la maladie chronique, mais aussi finalement, et surtout, sur la nécessité de ne pas renoncer face à l'incurabilité – malgré son « absence de nécessité d'une action médicale » (*op. cit.*, p. 306) – qui appellerait toujours à une amélioration d'une part, de la situation du patient et d'autre part, de sa qualité de vie. Ce positionnement apporte une conception dynamique de la pathologie, quelle qu'elle soit.

En outre, ils proposent une distinction très éclairante :

Seulement ainsi on peut expliquer la confusion des termes, l'emploi mal différencié du registre nosologique : aigus ou chroniques, et du registre de l'assistance : curables et incurables. (*ibid.*, p. 51)

Voilà qui nous fournit un élément de réponse quant à *ce que seraient venus faire ces idiots à l'hôpital*. En effet, et nous y reviendrons, l'ouverture du service des enfants inéducables dans l'hôpital psychiatrique – provincial de surcroît – qui nous intéresse a d'abord été décidée par le Département pour répondre à la carence institutionnelle du territoire. Nous constatons alors que cette initiative de 1957 relève du registre assistanciel en se situant encore dans l'héritage aliéniste de l'accueil inconditionnel des sujets les plus démunis. Aujourd'hui, nos instances tutélaires interrogent leur présence en se situant dans le registre nosologique aigus/chroniques. De la même façon, lorsque nous nous inquiétons de la disparition de la fonction sociale d'asile de l'hôpital en déplorant l'errance observée de patients psychotiques, nous nous plaçons dans un registre assistanciel alors que la réponse institutionnelle statue sur l'absence d'acuité de leur état clinique sans réellement prendre en compte leur souffrance psychique, aussi chronique soit-elle. La notion d'assistance a évolué au fil du temps en se dégageant de celle de charité propre au XIX<sup>ème</sup>

siècle. Si elle conserve une dimension protectrice, le registre assistanciel que nous proposons maintenant prend le sens de l'étayage institutionnel que nous évoquions plus haut.

## DE LA PSYCHIATRIE À LA SANTÉ MENTALE

La circulaire du 15 mars 1960 a présenté un changement de paradigme avec l'idée majeure que la psychiatrie puisse s'exercer en dehors de l'asile grâce à la création d'un dispositif de soins extrahospitalier. Nos tutelles d'aujourd'hui se font de plus en plus pressantes pour nous inviter à nous engager dans un « virage ambulatoire », qui dépasse sans aucun doute ce qu'avaient pu imaginer les législateurs de 1960. Les patients chroniques « rétablis » peuvent et doivent être traités à domicile, qu'il s'agisse d'un logement personnel, d'un maintien en famille, d'une institution médico-sociale, d'un organisme associatif de logement inclusif, la notion de domicile pouvant même être étendue au lieu d'incarcération et à la rue avec l'intervention des équipes mobiles. Mais si les politiques actuelles de santé mentale soutiennent le développement d'un dispositif extrahospitalier en réseau, c'est dans une perspective bien différente de la logique de sectorisation des années soixante. Car peu à peu, celle-ci s'effrite et se morcelle du fait d'un manque de moyens et d'une carence médicale de plus en plus inquiétante, mais surtout d'une orientation politique forte.

Le Guillant, Bonnafé et Mignot nous ramènent alors aux premières applications de ce choix français du secteur :

Ces raisons techniques conduisaient naturellement à concevoir un schéma de lutte contre les maladies mentales dans lesquelles le médecin responsable de l'ensemble des tâches psychiatriques d'un secteur géographique bien déterminé et limité, conduirait de bout en bout, avec son équipe, l'action à mener vis-à-vis des malades de secteur public, et cela grâce à une série d'institutions différenciées. (*ibid.*, p. 112)

L'idée principale est de prendre en compte tous les malades d'un secteur donné, quelles que soient la nature du diagnostic et l'évolution de leurs troubles. Au-delà, le concept d'une psychiatrie pour tous, à tous les âges de la vie, s'est développé avec la mise en place d'actions de prévention et de postcure, mais aussi d'interventions de terrain. Une nouvelle mission de psychiatrie sociale émerge, avec la construction des équipes pluridisciplinaires

intégrant d'abord des assistants sociaux, puis des moniteurs et des éducateurs spécialisés. À cette époque, le clivage acuité/chronicité ne semblait pas aussi impérieux qu'il nous paraît l'être aujourd'hui. Les auteurs insistent surtout sur l'opposition entre les conditions de vie intrahospitalières et le contexte extrahospitalier, avec la difficulté des patients sortants face à leur délicate inclusion au sein d'une société jugée hostile, le monde extérieur étant décrit aussi intolérant qu'intolérable (*ibid.*, p. 192). L'édification d'un dispositif extrahospitalier qui puisse avoir une fonction transitionnelle va mobiliser un investissement important, tant des fondateurs de terrain que des instances tutélaires :

Ce dont il s'agit est un dispositif nuancé qui doit viser à remplacer la surprotection abusive de l'asile traditionnel, mais aussi, et, parce que ce point de vue est moins classique, doit-on dire aujourd'hui *surtout*, à remplacer la non-protection inconsidérée des externements forcés. (*ibid.*, p. 299)

C'est donc la notion de protection, avec l'opposition surprotection/non-protection qui a soutenu le développement de ce « dispositif nuancé », constitué par la création de structures hospitalières complémentaires dont la liste montre la variété (structures thérapeutiques de jour, ateliers de travail protégé, habitat thérapeutique et médico-social...). À cette époque, une sortie de l'hôpital ne correspondait pas à une sortie de son giron, puisqu'il était alors prévu que le patient reste fortement étayé par le dispositif extrahospitalier pour pouvoir surmonter l'adversité de la vie dans la cité. C'est l'institution psychiatrique qui l'administrait avec le parti-pris de maintenir le patient dans le champ du soin, qu'il soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital.

Hervé Guillemain (2018) observe une évolution paradoxale au cours des années 1970 :

La forte croissance du nombre de consultations en dispensaires à la fin des années 1960 est une donnée qui masque la relance du programme de construction des années 1960-1975 : le nombre d'équipements psychiatriques passe de 104 à 156 entre 1960 et 1975 et une grande majorité des lits de psychiatrie sont ouverts dans des hôpitaux dédiés et non en hôpital général. Après la relative stabilisation du parc hospitalier dans la première moitié de XX<sup>ème</sup> siècle, la période n'a rien à envier aux plus belles heures de la construction asilaire du XIX<sup>ème</sup> siècle. (p. 160)

Cette période de construction s'explique avec la politique de maillage territorial qui avait été impulsée par la loi de 1838 et qui se poursuit avec le principe de sectorisation. En outre, il s'agit d'améliorer les conditions d'hospitalisation pour se défaire des conditions asilaires de grande promiscuité qui régnaient jusqu'alors dans les établissements.

L'hôpital qui nous intéresse a lui aussi connu plusieurs périodes de travaux et d'agrandissement, qui sont couramment décrits comme des travaux « d'humanisation ». Hervé Guillemain utilise alors le terme de « déshospitalisation en trompe-l'œil » (*ibid.*, p. 161) pour évoquer les hésitations de la mise en place d'une dynamique extrahospitalière, qui montre également la résistance d'un système hospitalo-centré. Il remarque en parallèle l'expansion d'une population dite « inadéquate » constituée par « des personnes très lourdement handicapées, relevant d'une tutelle médicale étroite et d'une assistance très prolongée », comme l'indique la circulaire du 27 août 1963 (p. 2). Il s'agit ici de l'afflux des « arriérés et chroniques incurables », mais aussi de « vieillards déments », l'hôpital psychiatrique conservant alors sa fonction de lieu de relégation, alors que les hospices commencent eux aussi à alléger leur taux d'occupation.

En outre, il remarque que jusqu'en 1985, le budget des dispositifs extrahospitaliers était partagé entre le Département et l'État, ce qui générait des inégalités territoriales et limitait la création de services innovants. Ce n'est qu'avec la « loi du budget global »<sup>40</sup> que cette situation a pris fin et que les budgets hospitaliers ont pu être dédiés au développement de l'extrahospitalier. C'est précisément à l'époque de la cohabitation Mitterrand/Chirac que la réduction du nombre de lits à l'hôpital public s'est accélérée :

Au niveau national, cette nouvelle politique conduit à une baisse de 7000 lits d'hospitalisation complète tous les deux ans entre 1987 et 1997. On peut estimer que le mouvement de déshospitalisation prend réellement de l'ampleur en France au milieu des années 1980 pour des raisons essentiellement budgétaires et économiques plus qu'idéologiques. Il n'existe pas de lien étroit entre cette déshospitalisation financière et une politique désaliéniste issue de la pensée réformatrice, même si l'une a pu s'appuyer sur l'autre. (*ibid.*, p. 167)

Le développement de la politique sectorielle s'est donc appuyé sur une dimension antiasilaire qui condamnait le caractère totalitaire de l'asile en défendant l'idée qu'il doit s'améliorer au moyen d'une dynamique de psychothérapie institutionnelle. C'est bien l'asile qui est alors visé puisque la notion de protection reste intacte et vient s'opposer à celle de « surprotection abusive » en agitant la question du pouvoir. Au cours des années soixante, Fernand Deligny avait fondé son lieu d'accueil dans les Cévennes pour proposer une alternative à l'asile qu'il taxait de « lieu pour invivre » (1975 *b*, p. 737) en critiquant

---

<sup>40</sup> Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

vivement l'omnipotence de l'institution psychiatrique. Les travaux de Michel Foucault se sont largement penchés sur cette thématique. Sa conception d'un système panoptique apparaît dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* (1972) en mettant en évidence l'exercice du pouvoir de l'aliéniste et de l'institution psychiatrique sur son patient. Le traitement moral opérait un contrôle sur la folie du malade au moyen d'une emprise sur sa pensée visant à le rendre docile. C'est sa capacité à se montrer « obéissant », conforme à un modèle rigoureux de normalisation qui venait signifier son amélioration et donc un espoir de sortie pour le sujet, correspondant à celui de la guérison pour le médecin.

Ce propos reste d'actualité. Pierre Souchon, journaliste au Monde diplomatique, fait le récit de son hospitalisation en psychiatrie suite à un sévère épisode de décompensation maniaque délirante de sa bipolarité. Si cette expérience s'est avérée douloureuse, voire brutale du fait de la contrainte, de l'isolement et de la sédation, Pierre Souchon nous révèle qu'elle a aussi été salvatrice dans la mesure où ses conduites à risque et son état délirant nécessitaient d'être stoppés. Cette mise à l'abri, ce long temps d'arrêt provoqué par le soin fut une période propice à l'introspection et au déploiement de ce qu'il nomme son « délire social », qui s'est décanté peu à peu, au-delà d'une rationalisation pathologique jusqu'à prendre un sens intime et profondément étayant. Son récit nous livre de nombreux exemples des rapports de domination dont il parvient à se protéger au moyen de son humour assez décapant. Avec une anecdote, il évoque le terme moderne de « compliance ». Celui-ci avait pour habitude – pas si terrible, finalement – de conserver les yaourts des repas de l'hôpital sur l'appui de fenêtre de sa chambre. Découvert par un aide-soignant, il s'ensuit une scène rendue cocasse où l'auteur est sommé de jeter ses yaourts :

- Non mais vous rigolez, là ? Vous voulez que je balance mes yaourts ? Ils vous dérangent, ils vous empêchent de dormir ? Ils font du bruit la nuit ?

- Vous ne voulez pas être compliant, monsieur Souchon ?

- De quoi ?

- Vous ne voulez pas être compliant avec le personnel hospitalier ?

Lucas émerge.

- Balance tes yaourts, Pierre, tu le connais pas, lui ? Il est con comme un balai...

- Vous voulez bien répéter, monsieur Teinturier ?

- Je dis que t'es con comme un balai. Mais tu vas les avoir, tes yaourts, t'inquiète pas. Donne-lui, Pierre.

- On réglera ça plus tard avec les médecins, monsieur Teinturier. Dépêchez-vous, monsieur Souchon, soyez compliant.

- Mais qu'est-ce qu'il raconte, là ? C'est quoi compliant ?

- Compliant, c'est comme ça. Pour la dernière fois...

- Tiens, t'es content ?

Je balance mes yaourts dans le sac.

- Je signalerai tout au médecin, monsieur Souchon. Tant que vous ne serez pas compliant, vous ne sortirez pas. (Souchon, 2017, p. 126)

Bien qu'il soit réfuté par la Haute autorité de santé qui lui préfère maintenant l'approche de l'éducation thérapeutique, le concept de compliance, originaire du champ de la santé somatique, est encore largement utilisé dans les services de psychiatrie. Ce terme bien inscrit dans notre siècle serait un héritier – faussement – plus acceptable du pouvoir aliéniste, puisqu'issu du verbe anglais « *to comply* », il souligne la notion de conformité/élasticité en s'opposant de celle de soumission/rigidité. Le mécanisme décrit par Foucault reste identique : bien qu'éloigné de sa famille et de son environnement, au sein de l'espace artificiel de l'asile du XIX<sup>ème</sup> siècle, le malade s'écartait de son propre modèle familial de soumission à l'autorité pour se plier au modèle disciplinaire que l'on retrouve dans *Surveiller et punir* (1975). Au-delà d'agir sur l'esprit, le pouvoir omnipotent du système asilaire agit sur le corps en l'assujettissant dans le temps et l'espace. Dans une forme d'aller et retour, une alliance avec la famille permettait en plus de contraindre doublement le malade à adopter l'attitude normée que tous attendent finalement de lui. Dans son cours au Collège de France portant sur *Le pouvoir psychiatrique* (1973-1974), Foucault complète son propos sur les conceptions du traitement de la folie en analysant les effets du pouvoir psychiatrique qui relèguent le sujet au sein de l'institution panoptique jusqu'à le dépouiller de son identité, de son histoire, mais aussi de sa folie. Il semble alors soutenir l'émergence du courant de l'antipsychiatrie qui s'appuie sur une prise de conscience de ces rapports de domination pour produire un nouveau système visant à redonner au sujet le pouvoir sur sa folie. Dans le même sens, les travaux d'Erving Goffman (1968) dénoncent les effets du système totalitaire de l'asile dans nos sociétés occidentales. Ils démontrent que la fonction de l'hôpital psychiatrique vise à transformer le patient d'un point de vue identitaire. Ainsi, lorsque celui-ci « se laisse happer d'une manière ou d'une autre par l'engrenage d'un hôpital psychiatrique » (p. 181), il y subit un « remodelage social » qui va modifier fondamentalement sa façon d'être et son adhésion au monde.



En 1952, l'article publié dans les *Anais portuguesas* par Georges Daumézon et Philippe Koechlin décrit un monde asilaire clos, à l'écart de la forte stigmatisation d'une société excluant la maladie mentale et ceux qui la soignent. Ils dénoncent des rapports de domination, d'emprise et de dépendance au sein d'un asile organisé par un système de castes :

Mais alors qu'on pourrait fort bien concevoir que ces divers éléments engendrent une homogénéité, une solidarité réelle entre les participants, ceux-ci sont divisés en castes rigoureusement étanches qu'on peut schématiser en trois couches distinctes : les dirigeants, eux-mêmes séparés strictement entre administrateurs et médecins, le personnel secondaire, les malades. Ces castes sont liées par des relations officielles de subordination ; le plus souvent un uniforme strictement tranché caractérise chaque groupe. Le passage d'une catégorie à l'autre est exclu et toute une série de tabous assez stricts s'en suivent.

Les irrégularités et les prévarications ne sont certainement pas plus fréquentes dans les asiles que dans toutes les Administrations ; pas davantage les détournements organisés en faveur du personnel, mais la situation du fou, de l'aliéné, déjà en marge de l'humanité, consacre les castes. (éd. 2009, p. 226)

Leur description des fondements d'un système asilaire concentrationnaire, ritualisé et hiérarchisé précède les analyses de Foucault et de Goffman en nous montrant que l'asile d'après-guerre aux pratiques déshumanisantes reste organisé pour assujettir des malades aux prises avec la sédimentation, et dont la vie à l'extérieur de l'asile n'est que peu accessible. Le texte de Daumézon et Koechlin est un article fondateur et précurseur de la loi de 1960 qui soutient la construction d'une nouvelle institution dans une société qui puisse cesser de produire la ségrégation et l'isolement dont souffrent la psychiatrie et ses malades. Avec l'invention de nouveaux dispositifs, tant dans la formation des équipes que dans l'invention des parcours extrahospitaliers, c'est bien l'abolition de l'oppression asilaire qui est visée et dénoncée même si la démarche ne dévalue pas pour autant l'influence médicale – qui reste très importante – critiquée par l'antipsychiatrie. En définitive, il nous semble que si la Seconde Guerre mondiale a produit une rupture dans l'histoire de la psychiatrie en mettant en lumière l'aspect concentrationnaire et le manque d'humanité de l'hôpital psychiatrique, la crainte d'un phénomène de répétition – tel qu'il commençait à s'engager lors de la période d'après-guerre – apparaît au fondement du rejet et de la détestation de l'asile qui va se pérenniser.

La politique de sectorisation défendait donc avant tout une sortie massive des patients de l'asile à condition que ceux-ci restent protégés au sein d'une société à transformer dans le sens d'une déstigmatisation de la folie, qui puisse offrir une place de sujet à chacun, quelles que soient la nature et l'expression de ses troubles. L'analyse de Robert Castel induit une autre dimension avec sa critique de l'étendue du pouvoir psychiatrique au cœur même de la société. Avec *La gestion des risques*, il observe en 1981 que la psychiatrie a distillé historiquement sa fonction d'outil de gestion des populations et de classification des individus en fonction des contraintes socialement admises constituant un cadre normatif. Le principe de protection soutenu par les psychiatres de l'après-guerre aurait ainsi servi au développement d'une politique sociale autoritaire de prévention du risque et de contrôle social qui se serait déployée bien au-delà des murs de l'asile. La suite de l'histoire montre bien une rigidification de ce cadre normatif qui rend la disqualification sociale de la folie de plus en plus opérante malgré des discours politiques prônant l'inclusion. Nous avons déjà évoqué dans notre première partie toute la relativité de ce concept, notamment avec le point de vue d'Henri-Jacques Stiker (2017) à propos du handicap.

Pour conclure sur cette politique sectorielle, Lise Demailly, avec Caroline Maury, (2012) constatent son hétérogénéité sur l'ensemble du territoire français, mais aussi une réalité « décevante » :

Hospitalocentrisme récurrent de l'organisation des services psychiatriques, pratique clinique parfois pas si désaliéniste qu'elle ne le prétendait, obstacles divers rencontrés dans les tentatives pour nouer avec les partenaires du social et les élus locaux un travail en réseau, manque de moyens pour créer de petites structures et des lieux de vie. En somme, quels qu'en soient les responsables et on peut penser que les responsabilités sont très partagées en la matière, la référence au secteur est parfois seulement une rhétorique justifiant l'immobilisme. (p. 17)

Cet « immobilisme » appelant une évolution, les politiques publiques se sont donc emparées de la question pour élaborer des préconisations qui puissent remédier aux carences apparentes du système. Mais là encore, Lise Demailly observe une succession de rapports qui révèlent les nombreuses controverses conceptuelles propres au champ de la psychiatrie empêchant le débat public de se structurer et d'aboutir.

En s'appuyant sur l'analyse de ces rapports officiels de la fin du XX<sup>ème</sup> siècle, Caroline Muzard-Salci (2004) montre comment la psychiatrie a progressivement perdu de sa

spécificité pour devenir le champ générique de la santé mentale. Elle émet l'hypothèse que le caractère social de l'esprit de secteur des années soixante-dix aurait favorisé le développement d'une politique préventive ayant ensuite évolué sur le même modèle que la médecine générale. Elle remarque que dès 1982, avec le « rapport Demay », la disparition de l'hôpital psychiatrique est engagée du fait de sa connotation négative d'enfermement asilaire. L'utilité de l'hospitalisation est mise en doute et suspectée d'entretenir la chronicité des troubles de patients qui n'auraient pas tant besoin d'être pris en charge à temps complet, à condition que la qualité des soins ambulatoires soit développée. Jean Demay fait la proposition d'une mutation de la pratique psychiatrique vers celle d'un accompagnement social dont la performance permettrait d'empêcher les décompensations :

On peut se demander si, malgré la véhémence de propos fort justifiés concernant la nécessité de reconnaître, de prendre en compte et de soigner cette partie de la population que sont les sujets atteints de troubles psychiques, il n'y a pas une méconnaissance, un refus majeur de reconnaître la différence de certains, pour qui l'hôpital psychiatrique est un lieu d'asile. (Muzard-Salci, 2004, p. 123)

Caroline Muzard-Salci en déduit que la « psychiatrie différente » de Jean Demay révèle une position idéologique au final peu réaliste « de voir disparaître la folie et ce qui a pu être et est parfois encore un lieu de soins pour ceux qui en souffrent » (*ibid.*, p. 125), en imaginant qu'avec l'abolition de l'hôpital psychiatrique, celle de la ségrégation sociale liée à la folie s'ensuivrait. Ce premier rapport pose le principe général de ceux qui vont suivre, même si au fil des années le ton s'assouplit grâce à une rhétorique plus adaptée mais aussi plus scientifique.

L'idée directrice reste l'idée d'un hôpital trop coûteux, peu performant, dont l'offre de soin est floue et peu quantifiable comparée à celle de l'hôpital général auquel l'établissement de santé mentale pourrait finalement être intégré à condition qu'il devienne un lieu de soins des troubles aigus tarifés à l'acte. Ce dernier point se développe tout particulièrement en 1992 avec le « rapport Massé », identifié comme le point de bascule vers la rentabilité économique de la discipline. De nouveaux éléments de langage neutralisent l'héritage de la psychothérapie institutionnelle tout en revendiquant la continuité de l'esprit du secteur du fait d'une forte position antiasilaire. C'est aussi à cette période qu'émerge l'idée d'une complémentarité avec les structures médico-sociales

susceptibles d'accueillir les patients chroniques hospitalisés dans les services de longue évolution.

Ainsi, pour l'hôpital qui nous intéresse, le projet de création de la maison d'accueil spécialisée se dessine dès les années 1990 et une unité d'hospitalisation désignée comme temporaire va être aménagée à cette époque pour accueillir les patients susceptibles d'en devenir les résidents. Rappelons ici que la maison d'accueil spécialisée a finalement ouvert ses portes en 2003, donc dix ans après.

Après cette rupture provoquée par le rapport Massé, la France va élaborer les nouvelles bases de sa politique de « santé mentale » qui se distingue de la psychiatrie d'alors. C'est le « rapport Joly » qui affermit ce glissement en 1997 :

Il s'ouvre sur la question de la terminologie de « maladie mentale », propre à la France. Selon l'auteur, l'emploi de ce terme serait révélateur d'une double approche : la séparation serait établie entre le malade mental, « lourd » et chronique (le « fou »), et les personnes ayant des troubles psychiques, des problèmes psychologiques. La France aurait mis en place une politique « de psychiatrie » et non une politique de santé mentale. (*ibid.*, p. 141)

Ainsi, selon Caroline Muzard-Salci, cette nouvelle politique de santé mentale va s'adresser à une large partie de la population en englobant « vulnérabilité biologique, souffrance psychique et dimension sociale » (*ibid.*, p. 141), en plus de vouloir en finir avec la stigmatisation de la folie. Pour Lise Demailly et Caroline Maury (2012), la politique de santé mentale s'institutionnalise dans une logique de santé publique qui « couvre la prévention, l'approche des besoins de la population, le calcul de multiples risques » en se développant bien au-delà du soin :

Ce processus a abouti à la construction d'un « champ », au sens de Bourdieu : le marché des biens techniques, corporels et symboliques prétendant remédier aux malheurs de l'âme, que la politique naissante de santé mentale essaie d'organiser et de réguler. (p. 18)

Cette définition s'apparente finalement aux positions de Morel qui avait déjà une prétention d'omnipotence, notamment dans les quartiers populaires du XIX<sup>ème</sup> siècle, tout en s'en distinguant avec cette banalisation de la notion de santé mentale et le dénigrement de la psychiatrie asilaire qui manquaient à Morel :

D'une certaine manière, pour mettre en place une politique de santé mentale, il faut se débarrasser de l'image de la psychiatrie, « médecine des fous ». Ce mouvement, déjà enclenché depuis deux décennies, implique l'abandon d'autres dimensions majeures

comme la place de la clinique et s'inscrit au cœur d'une confusion qui fait de psychiatrie et d'enfermement des synonymes. (Muzard-Salci, *op. cit.*, p. 142)

Avec son analyse du « rapport Piel-Roelandt » daté de 2001, Caroline Muzard-Salci constate que la nouvelle organisation du dispositif national de santé mentale vise à la disparition effective des unités d'hospitalisation en psychiatrie telles qu'elles s'organisent jusqu'alors avec leur spécificité. C'est aux structures médico-sociales – comme les maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés et foyers de vie – d'accueillir les patients relevant de services de longue évolution.

Si l'auteure s'inquiète de voir de nombreux patients sortir du champ de la psychiatrie pour celui de l'incarcération ou de l'errance, nous pouvons aussi nous inquiéter d'en voir d'autres être assignés au secteur médico-social sur orientation de la MDPH<sup>41</sup>, donc avec un statut de personne handicapée. Ce dernier mouvement nous apparaît dans le prolongement de l'octroi de l'AAH<sup>42</sup> pour les personnes dites en « situation de handicap psychique », obtenu en 2005. Si nous considérons la création de la notion de handicap psychique comme une avancée, qui érige un pont transdisciplinaire entre le champ sanitaire et celui du médico-social, notre inquiétude peut aussi être assimilée à une incertitude. En effet, nous ressentons une certaine contradiction entre les principes positifs soutenant la promotion du handicap psychique et la réalité actuelle du terrain. Notamment, le secteur du médico-social nous semble encore assimilé au registre du déficit et de l'inaptitude qui confèrent à la maladie mentale des représentations négatives en introduisant une certaine confusion.

Pourtant, c'est après un long combat des associations militantes de familles et d'usagers que la loi 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a formalisé ce statut. Ainsi, les personnes empêchées dans leur vie quotidienne ou professionnelle par une pathologie mentale envahissante ont pu être reconnues handicapées. En premier lieu, cette mesure permet à de nombreux malades mentaux d'obtenir un statut ouvrant des droits en les préservant de la précarité contrainte par l'impossibilité de se maintenir dans un emploi stable et de jouir du revenu qui va avec. L'égalité des droits était l'objectif principal de cette avancée, tant des associations que du gouvernement. Un autre objectif des militants associatifs s'appuyait sur la demande de reconnaissance de la souffrance du malade, de

---

<sup>41</sup> Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

<sup>42</sup> Allocation aux adultes handicapés

sa prise en compte et de sa réparation par les pouvoirs publics (Boucherat-Hue, Peretti & Courty, 2011). En outre, les associations demandaient « que soit mis un terme à l'assimilation des difficultés d'ordre psychiatrique avec la déficience intellectuelle, jusque-là confondues dans la catégorie du handicap mental » (Pachoud, 2011, p. 36). Pourtant, au-delà de cette avancée sociale indéniable, nous observons que ce statut d'adulte handicapé peut parfois entraîner une confusion identitaire chez le sujet qui en bénéficie. Est-il malade, et donc potentiellement curable, ou bien handicapé à perpétuité, donc incurable ? S'il se distingue du handicap mental attaché à la notion de déficience, le handicap psychique est invisible et instable, peu quantifiable si l'on s'appuie sur les outils internationaux de classification des handicaps. François Chapiro (2014) souligne combien cette notion de handicap psychique reste floue, indéfinissable et il constate que c'est une construction administrative propre à l'originalité des politiques sociales françaises. Pour Bernard Pachoud, les conceptions du handicap ont été remaniées par ses acteurs afin qu'elles n'émanent plus d'une approche médicale individualiste mais qu'elles soient pensées en termes de situation sociale, culturelle et matérielle :

Dans le cas du handicap psychique, le facteur environnemental aggravant les limitations d'accès à la vie sociale et d'activités tient pour l'essentiel à l'impact négatif des représentations sociales concernant la folie et les troubles psychiatriques : il en résulte une stigmatisation des personnes atteintes de ces maladies, stigmatisation qui, en contribuant à leur marginalisation, voire à leur exclusion, participe largement au handicap. (*op. cit.*, p. 38)

Il souligne donc la mise en exergue de la « limitation d'activité » et du « désavantage social » induits par la pathologie, et « qu'il convient de chercher à réduire au nom d'un principe de justice sociale » (*ibid.*, p. 37). Bernard Pachoud remarque également les limites que peut induire ce modèle, si l'on persiste à envisager le handicap en tant que « retentissement fonctionnel de la maladie » (*ibid.*, p. 37). Ce n'est qu'en lui accordant une spécificité qu'il deviendrait un modèle social, alors indépendant des conceptions médicales que l'on chercherait ainsi à minoriser. En l'envisageant sous cet angle, de nouvelles perspectives d'accompagnement pluridisciplinaire se dessinent afin que la personne puisse s'impliquer dans une démarche de réhabilitation et d'inclusion.

Notre inquiétude est générée par un phénomène parallèle, puisque l'essor de la reconnaissance du handicap psychique chez les personnes souffrant de pathologies mentales a facilité des orientations de patients de psychiatrie vers les institutions médico-

sociales. Autrement dit, en affiliant les malades mentaux aux maisons départementales des personnes handicapées, les portes des établissements médico-sociaux leur ont été ouvertes tandis que leurs lits dans les établissements publics de santé mentale se fermaient.

Nous observons donc ici que les mouvements déjà souhaités par nombre d'aliénistes questionnant la place des incurables à l'hôpital auront mis 150 ans à s'opérer. Cette longue période nous apparaît correspondre au temps qu'il aura fallu pour dégager les consciences du carcan péjoratif de la théorie de la dégénérescence. Aux dépens de Morel, il nous semble que sa théorie a longtemps maintenu une interface de différenciation – et parfois même un clivage – entre la psychiatrie (maladie mentale) et le secteur médico-social (handicap). À long terme, ce mouvement peut avoir des bénéfices pour les personnes ainsi orientées, à condition qu'il soit anticipé et pensé. Nous aborderons dans la section suivante les questionnements éthiques qu'un tel processus génère dans le secteur médico-social, et en particulier à la maison d'accueil spécialisée.

Lorsqu'elle étudie le glissement sémantique de la « psychiatrie » vers la « santé mentale », Caroline Muzard-Salci nous montre bien qu'il s'agit tout autant d'un glissement gestionnaire et susceptible d'exclure toute une population :

À ce prix, la santé mentale peut prendre un sens concret, puisque de manière mécanique, seuls les patients réinsérables, autonomisables, en définitive « améliorables » socialement continueraient de faire partie de son circuit. On pourrait dès lors parler de traitement social de la folie. (*op. cit.*, p. 147)

Le glissement vers un traitement social des troubles s'inscrit dans cette logique réductrice de différence qui mène par une sorte de tour de passe-passe, d'une part, à la disparition de la visibilité sociale de la folie en construisant des réseaux de soins qui ne laissent plus apparaître que les patients pouvant s'inscrire dans une logique d'insertion sociale, et d'autre part à une déspécification de la psychiatrie du fait du transfert, par l'application de différents éléments contenus dans les rapports, des autres malades dans des institutions qui ne relèvent plus de la psychiatrie (augmentation des malades dans les structures médico-sociales, du nombre de patients orientés vers les prisons, etc.). (*ibid.*, p. 151)

Être « améliorable socialement » nous semble aller bien au-delà de l'insertion par l'accès au travail telle qu'elle fut défendue par le passé, notamment lors de la période des Trente glorieuses. Il s'agit maintenant de se référer à un cadre normatif excluant toute expression d'une *inquiétante étrangeté*, renforcé par le dogme d'une autonomie à valeur de

performance. Avec ce changement radical, la question de la chronicité à l'hôpital psychiatrique ne se pose plus puisque son caractère déficitaire prévaut et implique la classification du sujet dans le champ du handicap.

Si nous nous plaçons dans une lecture transgénérationnelle de notre discipline, en prenant en compte l'héritage des aliénistes mais aussi des psychiatres de l'après-guerre et des psychanalystes, nous constatons à quel point la rupture est opérante. Sous couvert de cette nouvelle maxime « L'hôpital ne doit pas être un lieu de vie », qui régenté aujourd'hui l'hôpital psychiatrique, nous observons l'externement généralisé de tous ses patients qui semblaient pourtant y avoir trouvé une place, aussi précaire soit-elle. De la même façon, si la question de la présence des idiots à l'asile plutôt qu'à l'hospice se posait dans ces termes au XIX<sup>ème</sup> siècle, celle-ci ne se pose plus aujourd'hui dans la mesure où toute personne déficitaire ne semble plus avoir le même accès au soin psychique d'après la nouvelle définition de la santé mentale. Sa dimension scientifique restreint la psyché – malgré toute sa complexité – à son fonctionnement cérébral et à ses défaillances.

Du côté de la sociologie, pour Lise Demailly (2012), dénoncer l'opposition paradigmatique entre psychiatrie et santé mentale serait « une conception simplifiée de la politique de santé mentale » (p. 11) qui s'observe chez les professionnels de terrain, en particulier chez les anciens psychiatres ayant connu l'élan de la création du secteur dans les années 1970. L'évolution des politiques de santé mentale serait plus complexe lorsqu'on l'associe aux mutations que notre société traverse. Comme nous l'évoquions déjà à propos de la polémique autour de l'autisme, notre implication au cœur de l'hôpital, auprès des patients, de leurs familles et des soignants influence notre pensée que la sociologie nous permet de nuancer ici. Lise Demailly avance qu'« il n'y a pas une psychiatrie mais plusieurs, et plusieurs paradigmes de la santé mentale qui coexistent » :

Elle est le produit d'une sédimentation de couches historiques diversement datées : le passé asilaire, la philosophie du secteur, la psychiatrie américaine contemporaine, l'héritage psychanalytique, les technologies pharmaceutiques (années 1950), les positions de l'OMS depuis les années 2000, les découvertes récentes en biogénétique et en biochimie du cerveau. (*ibid.*, p. 197)

Si la sociologue constate « l'éclatement de la psychiatrie », comme le prédisait déjà Robert Castel en 1981 dans *La gestion des risques*, elle propose trois paradigmes organisateurs pour la santé mentale qui, malgré leurs antagonismes, seraient « diversement combinables » (*ibid.*, p. 11-12) :



- La « *santé mentale communautaire* » : elle « signifie globalement la volonté de soigner dans le milieu de vie des patients ». (*ibid.*, p. 174). C'est une psychiatrie sociale, fondée sur les droits de l'homme et du citoyen. Dans la continuité de la politique sectorielle et de la psychothérapie institutionnelle, elle intégrerait dans son fonctionnement collaboratif tant les patients et leurs familles que les acteurs sociaux et culturels : « il promouvrait un *care* dans la ville, avec, parallèlement, la destruction des hôpitaux psychiatriques ». (*ibid.*, p. 11). C'est un modèle qui est déjà développé à l'international, soutenu par l'OMS et potentiellement de moindre coût qu'un système hospitalo-centré. Il s'avère très dépendant d'une dynamique locale, et reste donc sensible aux inégalités sociales et géographiques du pays. Lise Demailly observe que différentes représentations négatives freinent son développement. La philosophie du modèle et ses pratiques devraient être davantage élaborées et explicitées afin que celui-ci ne soit plus discuté que dans sa dimension organisationnelle. L'idée de la disparition de l'hôpital génère également des résistances, dans la mesure où elle modifierait considérablement les pratiques soignantes en impliquant une approche davantage sociale et dynamique, en réseau avec des partenaires jusqu'alors méconnus. (*ibid.*, p. 180). En outre, comme nous nous en inquiétons plus haut, elle obligerait de nombreux patients ne pouvant vivre seuls à trouver un nouveau refuge susceptible de contenir leur angoisse psychotique. Le développement de la santé mentale communautaire nécessiterait donc une refonte en profondeur du secteur médico-social afin d'éviter que ses institutions ne deviennent des lieux de sédimentation asilaire. Ce modèle, dont on voit quelques aspects se développer, est-il une utopie ? S'il fonctionne dans d'autres pays, il nécessiterait que la société française accorde un tout autre accueil que celui qui est réservé de nos jours à la folie. Ici et là en France, des initiatives se développent en ce sens, dans le secteur associatif, mais aussi dans le service public. Au-delà des avancées de certaines institutions médico-sociales, nous observons avec intérêt le développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), des conseils locaux de santé mentale – lorsqu'ils sont investis –, d'associations d'usagers, mais aussi la dynamique de certains services hospitaliers. Ce modèle de santé mentale communautaire représente donc l'espoir d'une évolution sociétale qui gagnerait à être soutenu différemment par les pouvoirs publics.
- La « *santé mentale autoritaire* » : un fonctionnement qui nous semble basé sur la peur, puisqu'il généralise le principe de précaution et d'encadrement de la déviance. « Le travail psychiatrique est étroitement articulé à la demande sociale de maintien de

l'ordre, de protection de la normalité, et il est donc dépendant des normes sociales à une époque donnée dans une culture donnée. » (p. 29), écrit Lise Demailly en 2011. Or, plus la société se rigidifie dans un registre sécuritaire, plus le champ de la santé mentale en sera impacté. Dans ce modèle, les espaces seraient cloisonnés avec une psychiatrie dans un rôle d'expertise scientifique, le médico-social dévoué au gardiennage et à la contention, tandis que le flux des unités d'enfermement serait géré par le système pénal. Les chiffres croissants d'incarcérations de détenus souffrant de troubles psychiques<sup>43</sup> et d'hospitalisations sous contrainte (Coldefy & Grandé, 2022) ne sont pas des données rassurantes quant à l'invraisemblance d'un tel modèle. Celui-ci reprend des pratiques de surveillance et de maintien de l'ordre public qui sont au fondement de la création de la psychiatrie et qui s'opposent à « l'exigence démocratique de consentement » (2012, *op. cit.*, p. 197). Cette opposition se conjugue au mécanisme complexe des débats et controverses éthiques, théoriques et pratiques qui animent les acteurs de la psychiatrie sans pouvoir s'articuler.

- La « *santé mentale sous anarchie organisée* » : elle mettrait en exergue « les dysfonctionnements et l'anomie du système de soin » en maintenant un « *statu quo* » face à la dégradation du champ social où les inégalités seraient en expansion. « Des concentrations asilaires se reconstitueraient dans le médico-social pour les patients pauvres. Le champ de la santé mentale continuerait à fonctionner au jeu des lobbies professionnels, idéologiques et économiques. Un débat démocratique sur les finalités de la politique resterait impossible. » (p. 11-12) Michel Autès & Lise Demailly, avec Caroline Maury avancent que ce « non-débat » est entretenu par la pensée gestionnaire – « simple technique de rationalisation des choix » (*ibid.*, p. 196) – qui ne se concentre que sur les moyens et non sur les finalités issues d'une réflexion politique et démocratique.

Que ces paradigmes, si différents, nous paraissent tous trois plausibles et même accordables montre toute l'incertitude de l'évolution de notre système de soins. Face à des demandes mouvantes, les réponses pourraient l'être aussi. Lise Demailly observe le contexte sociétal de la mutation et de l'augmentation de la demande de soin. Alors que le nombre de pathologies psychotiques reste stable, celui des troubles névrotiques s'accroît en venant redéfinir le domaine de la « souffrance psychique » qui montre la perméabilité du sujet au social. Qu'il s'agisse de l'insécurité, de l'explosion du marché des prestations

---

<sup>43</sup> <https://oip.org/decrypter/thematiques/sante-mentale/>

du « bien-être », de l'extension de l'offre médicamenteuse avec la banalisation des psychotropes, de nombreuses évolutions sociétales obligeront un réajustement en profondeur des politiques de santé mentale. (*ibid.*, p. 29-40).

Parallèlement, nous l'avons vu, une nette réduction des coûts oblige à redéfinir l'activité médicale, en particulier dans les établissements publics. C'est dans ce contexte économique que le modèle du nouveau management public (NMP) a émergé, obligeant l'hôpital à s'inscrire dans un fonctionnement organisé sur la base d'un contrat d'objectifs et de contrôle de ses performances. Le pouvoir des tutelles devient intrusif puisqu'avec des tarifs nationaux, il conditionne la rémunération des hôpitaux à l'analyse de son activité au moyen d'une logique d'évaluation et d'accréditation. Cette modernisation, en marche depuis le début des années 1980 pour le champ de la médecine somatique s'introduit dans celui de la santé mentale avec une temporalité plus lente, mais patente. Si l'évaluation des résultats reste une démarche complexe et difficilement applicable, celle des pratiques et de leur organisation est envisagée pour mesurer l'efficacité des soins (Mossé & Devineau dans : Demailly & Autès, 2012, p. 73-86). Des moyens de recueil et de gestion de l'information, standards et impersonnels, ainsi que des techniques d'évaluation sont alors mis en place depuis les années 1990 (la présence d'experts en gestion dans les directoires, une DIRM<sup>44</sup>, le développement de l'outil informatisé comme le RIM-P<sup>45</sup>, les référentiels de l'HAS et les audits, IPAQSS-Psy<sup>46</sup>) en lien direct avec les ARS. Inscrit « dans un mouvement de territorialisation et de rationalisation de type instrumental » (Demailly, *ibid.*, p. 198), le nouveau management public a de nombreux impacts. Nous en soulignons quelques-uns ici. Tout d'abord la fin de l'influence sociale et politique des cliniciens, les psychiatres en particulier, qui n'auront de pouvoir dorénavant qu'en se positionnant dans le champ de l'expertise scientifique sur le modèle de résultats propre à la médecine somatique « fondée sur des preuves ». Ensuite la réduction de l'autonomie des hôpitaux pour ce qui est de leur originalité clinique, avec notamment la disparition du secteur pour instaurer une politique étatique de territoire avec la loi HPST de 2009<sup>47</sup>. Ces deux points s'accordent avec la prédominance des classifications devenues protocolaires, qui uniformisent la rencontre avec le patient dont

---

<sup>44</sup> Direction de l'information et de la recherche médicale

<sup>45</sup> Recueil d'information médicalisée en psychiatrie

<sup>46</sup> Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale

<sup>47</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

les symptômes l'emportent sur son histoire subjective. Enfin, la mise en tension, par la logique d'évaluation des résultats, de la question de la chronicité. Elle nous permet de comprendre l'orientation de nombreux patients vers le secteur du médico-social où la rentabilité semble, pour l'instant, moins conditionnée à la résorption du symptôme.

## MUTATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Dans le contexte actuel, il nous semble que peu d'institutions médico-sociales ont élaboré des stratégies d'accueil propres aux spécificités des troubles psychiatriques. C'est tout le secteur qui se trouve impacté par ces nouvelles orientations, des institutions pour enfants (MECS<sup>48</sup>, ITEP<sup>49</sup>, IME, IMPro etc.) à celles pour personnes âgées (principalement les EHPAD).

Philippe Chavaroche (2021) observe de sa place la nouvelle organisation du secteur médico-social avec l'afflux d'utilisateurs aux troubles psychiques peu ou pas stabilisés :

Cette vision du handicap seulement comme un déficit à réduire instrumentalement en agissant sur le cerveau et à compenser socialement (la fameuse inclusion !) laisse entièrement dans l'ombre une autre réalité, dynamique celle-là, celle de l'intrication chez nombreux d'utilisateurs de déficits de tous types (lésions organiques, anomalies génétiques...) avec des souffrances psychiques, là aussi de tous ordres, mais toutes à base d'angoisses sévères, archaïques, d'abandon et/ou dépressives... (p. 33)

Car finalement, nous le disions plus haut, c'est bien l'angoisse et ses manifestations souvent clastiques qui ont conduit tant de personnes vers les unités de psychiatrie. Pour l'hôpital qui nous intéresse, même si le service des enfants inéducables a été ouvert en 1957 en réponse à une demande du Département sur un registre assistanciel, il n'empêche que les enfants qui y ont été orientés montraient une impossibilité à supporter le cadre insuffisamment contenant, tant des nouveaux instituts médico-éducatifs qui commençaient alors à ouvrir sous l'impulsion des associations de famille, que des anciens hospices encore en activité à cette époque. De la même façon, les adultes plus jeunes que nous rencontrons au sein des services de longue évolution ont mis en échec leur accueil dans des institutions médico-sociales ou bien dans le dispositif extrahospitalier lorsqu'il

---

<sup>48</sup> Maison d'enfants à caractère social

<sup>49</sup> Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

était encore pourvu de maisons communautaires ou d'appartements thérapeutiques. Si la fermeture des unités de longue évolution dans les hôpitaux psychiatriques les amène à être réorientés vers des structures d'accueil du secteur médico-social, ce mouvement implique une mutation des pratiques des équipes éducatives qui y travaillent. Ainsi, lorsque Philippe Chavaroche s'intéresse à l'évolution des institutions médico-sociales (les maisons d'accueil spécialisées en particulier) vers la nécessité de repenser leurs pratiques en tenant compte du soin psychique et non plus seulement de l'éducatif, il constate « un déni de la souffrance psychique » (*ibid.*, p. 15). Il montre alors que les réalités du terrain vont confronter les professionnels de la rencontre au quotidien à des injonctions contradictoires provoquées par les recommandations idéologiques des instances gestionnaires.

Lorsque la maison d'accueil spécialisée s'est ouverte en 2003, le constat d'une nette amélioration des conditions de vie de ses accueillis fut incontestable. Nous ne doutons aucunement de la sincérité de cette première idée qui était de leur proposer un lieu de vie qui soit plus adapté et pérenne. Nous allons voir qu'ils ont pu accéder à des améliorations matérielles évidentes, mais aussi à des liens intersubjectifs stables auprès d'intervenants dont l'identité professionnelle nous semble s'être construite dans une dualité vis-à-vis d'un héritage psychiatrique encore très présent. Ainsi, la problématique développée par Philippe Chavaroche semble atteindre les équipes dans une intensité moindre que d'autres institutions médico-sociales, plus classiquement dévouées à accueillir des personnes sans troubles psychiques. Toutefois, la maison d'accueil spécialisée reste impactée par les nouvelles politiques de santé mentale visant à la disparition de l'asile. L'hôpital auquel est attachée la maison d'accueil spécialisée se doit de réduire ses hospitalisations au long cours, mais aussi répondre de son orientation ancienne à laquelle se référait la question « Mais que sont donc venus faire tous ces idiots à l'hôpital ?! ». Ainsi, la maison d'accueil spécialisée se trouve directement impactée par cette question de gestion du flux des patients déficitaires, dans la mesure où sa mission primaire serait de les accueillir. Dans cette dynamique, la possibilité d'orienter certains de ses accueillis âgés vers des établissements de type EHPAD s'est présentée. Pour l'écrire trivialement, il s'agissait alors de « faire de la place ». Nous allons maintenant retrouver Monsieur F., qui, ayant atteint l'âge d'une orientation en EHPAD, a fait l'objet d'un tel projet. Nous allons dérouler cette situation clinique en rapportant le débat éthique qui s'est alors posé à son sujet.

Il y a quelques temps, le vieillissement et la marche en équin de Monsieur F. ont entraîné des problèmes orthopédiques aggravés par une fracture du col du fémur. Il ne se déplace plus et reste alité, enveloppé d'une couverture. Il se nourrit de moins en moins et dort beaucoup. Il nous rappelle les descriptions de ces bébés d'apparence si calme du fait d'un retrait autistique massif. Peut-être était-ce son état primaire, au début de son histoire abandonnique ? L'idée d'un syndrome de glissement a été écartée par les intervenants, dans la mesure où il se montre attentif lorsque l'on s'adresse à lui. Nous suggérons que cet état de retrait pourrait être l'aménagement trouvé pour se protéger de l'angoisse que continue à provoquer un environnement qui reste aspirant. En effet, sa diminution motrice n'entraîne pas forcément une réduction des éprouvés et de l'angoisse qui le taraude depuis si longtemps.

À 64 ans, il est décrit comme « vieillissant ». En 2015, sur quarante sujets accueillis à la maison d'accueil spécialisée, vingt d'entre eux avaient plus de 55 ans. Les avancées de la médecine, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie et des prises en soins ont apporté un allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées, en parallèle à celui de la population dite ordinaire (Azéma & Martinez, 2005). Les personnes très déficitaires accueillies à la maison d'accueil spécialisée se voient fêter leurs soixante ans, alors qu'il y a quelques années, il était avancé qu'elles subiraient un vieillissement et une mortalité précoces. Philippe Gabbai (2004) reprend cette question du vieillissement précoce en observant plutôt la survenue de « phénomènes de régression » chez les sujets handicapés qui avancent en âge et en particulier des remaniements psychopathologiques et symptomatiques chez les personnes porteuses de psychoses déficitaires. Il remarque aussi un déploiement envahissant de l'angoisse d'abandon chez les personnes institutionnalisées de longue date, assorti de « la disparition de la dimension projectuelle » (p. 49).

Alors, au vu de l'âge de Monsieur F. mais aussi du contexte institutionnel explicité plus haut, il est envisagé qu'il soit orienté vers un établissement pour personnes âgées lorsqu'il sera remis de sa fracture.

Deux arguments sont principalement avancés par l'équipe en faveur d'une telle orientation. D'une part, Monsieur F. deviendrait de plus en plus vulnérable, notamment vis-à-vis de l'agitation des patients plus jeunes et récemment accueillis. Il pourrait donc bénéficier d'un lieu d'accueil plus calme, convenant mieux à son état de repli. D'autre part, sa fin de vie commence à être pressentie, si ce n'est redoutée. L'équipe éducative

exprime ne pas se sentir suffisamment formée à une approche palliative, et avance que l'institution ne serait pas suffisamment spécialisée ni médicalisée pour accompagner Monsieur F. dans toutes les complexités que présentent la finitude. C'est une préoccupation que nous découvrons partagée par d'autres professionnels, dans des institutions confrontées aux mêmes difficultés (Cherix, 2005). Ainsi, il est envisagé qu'il pourrait moins souffrir en bénéficiant des compétences de professionnels plus expérimentés pour l'accompagner, dans un cadre mieux adapté. L'équipe rapporte des expériences douloureuses, vécues ces derniers temps, pour illustrer ce sentiment d'incomplétude et d'incompétence, qui apparaît encore peu élaboré. Cette perspective déclenche des mouvements d'angoisse qui restent peu parlés tant le sujet est délicat. De plus, l'absence de famille autour de Monsieur F. engage implicitement les intervenants à se projeter vers des funérailles au cimetière de l'hôpital où ils se trouveront impliqués affectivement et confrontés à leur expérience intime de la mort. La possibilité d'une orientation en maison de retraite est récemment venue constituer une solution que nous percevons finalement comme une défense pour se dégager de l'angoisse mortifère et de la culpabilité provoquées par des expériences douloureuses passées.

Alors, un tel projet de passage vers une maison de retraite, que l'on espère somme toute spécialisée, sera-t-il bénéfique à Monsieur F. ?

Les travaux portant sur l'accueil conjoint de personnes âgées devenues handicapées et de personnes handicapées devenues âgées révèlent une problématique nationale qui a commencé à se poser dans les années 1980, avec le constat de l'avancée en âge des personnes handicapées travaillant en ESAT. À leur sujet, un bras de fer a opposé les associations de familles aux élus des conseils généraux. Les uns soutenaient le principe du maintien de l'accueil en foyer d'hébergement pour les travailleurs retraités, dans la mesure où il s'agissait de leur domicile et qu'une orientation en maison de retraite s'avérait trop précoce, au vu de la moyenne d'âge des résidents de ces établissements et de leur grande dépendance. Les autres défendaient un traitement plus administratif et économique, à savoir un passage automatique – dès les soixante ans du sujet – du statut de personne handicapée vers celui de personne âgée, avec l'argument d'un principe d'intégration et d'inclusion. Les enjeux socio-économiques que représentait un tel glissement ont été soulignés, autant que le souci de libérer de la place en institution spécialisée, dont les listes d'attentes étaient – et sont toujours – constituées d'un nombre important de demandes de jeunes personnes handicapées en attente de solutions d'accueil.

La mise en réflexion de cette opposition, jusqu'aux années 2000, a permis d'assouplir les réponses et de les adapter à la position subjective de chaque personne concernée (Guyot, 2012). L'ouvrage qui a fait référence à cette époque est la recherche de Nancy Breitenbach (1999), diligentée par plusieurs CREAI<sup>50</sup> en France. Son travail s'appuie sur le constat de ce vieillissement se généralisant dans le pays. Il tend à encourager l'accueil conjoint de personnes handicapées en maison de retraite, à condition qu'un travail de remaniement des conditions d'accueil puisse être opéré en amont. Toutefois, cette recherche s'intéresse essentiellement aux travailleurs handicapés qui se trouvent en situation d'accéder à la retraite. Leur jeune âge, leurs capacités d'autonomie et leur habitude de la vie collective pourraient faciliter leur intégration dans des structures accueillant une population dite « ordinaire ». L'auteure n'évoque que rarement les personnes lourdement handicapées, qu'elle désigne comme « relevant de MAS » et qui ne semblent pas concernées par un tel passage. Ce raisonnement s'inscrit dans la continuité des mouvements qui se sont opérés tout au long du vingtième siècle. La date de l'enquête de Nancy Breitenbach (1999) correspond à la période où les jeunes handicapés ayant pu accéder au travail protégé – au cours des années soixante – atteignent l'âge de la retraite. Il est donc question qu'ils accèdent aux institutions pour personnes âgées, avec la dynamique d'inclusion caractéristique des politiques sociales contemporaines et alors que les associations de familles expriment quelques réticences à ce sujet.

Nancy Breitenbach cite également les personnes accueillies de longue date en hôpital psychiatrique, en s'inscrivant dans le mouvement de détestation de l'asile propice à son époque, puisque son propos est empreint d'une dépréciation de l'institution psychiatrique qui serait dénuée de capacité à produire du lien social :

Celle qui a passé de longues années enfermée dans un hôpital psychiatrique peut percevoir son entrée en maison de retraite comme un retour à la vie sociale. En revanche, si on considère que le placement de quiconque en institution pour cause d'inaptitude physique ou psychique signifie une marginalisation, le placement des personnes handicapées en établissement pour vieillards prend un tout autre sens. Car se voir jugé trop vieux ou trop faible même pour rester parmi les personnes handicapées constitue une double mise à l'écart. (p. 178-179)

---

<sup>50</sup> Centre régional d'études, d'actions et d'informations (en faveur des personnes en situation de vulnérabilité).



Il ne faudrait donc pas être trop diminué, ni trop souffrant, pour espérer qu'un passage vers la maison de retraite puisse se vivre au mieux. Cette position a évolué jusqu'à nos jours, puisque cette question ne se pose plus ainsi mais bien dans la dimension d'une optimisation de gestion de lits, génératrice de la nouvelle profession de *bed manager*.

Une maison d'accueil spécialisée est un lieu créé pour accueillir la grande dépendance et la vulnérabilité de sujets très diminués, tant physiquement que psychologiquement. L'institution qui nous intéresse a de plus permis à ces personnes de quitter les services de l'hôpital psychiatrique, pour un accueil jugé plus adapté et plus contenant de leurs troubles si singuliers. Alors, comment envisager qu'elles puissent, de nouveau, être « déplacées » parce que ce lieu d'accueil ne leur conviendrait plus ? Peut-on être trop diminué ou trop fragilisé pour vivre en maison d'accueil spécialisée ? Pourtant, lorsque nous étudions les textes législatifs et fondateurs, il apparaît convenu à leur création que ces établissements – accueillant des personnes majoritairement polyhandicapées – accompagneraient celles-ci jusqu'au terme de leur vie. À la différence des foyers d'hébergement pour travailleurs en ESAT, nous ne lisons nulle part que les résidents de MAS doivent être orientés vers un autre établissement s'ils atteignent un âge limite.

Dans cette optique, le projet d'orientation de Monsieur F. deviendrait alors expérimental : « Si nous n'essayons pas, nous ne saurons pas... Essayons, nous verrons bien, ça peut tout à fait aller ! », nous disent les soignants. Rappelons-le, Monsieur F., né en 1951, n'a pas connu le bénéfice d'un dépistage précoce de ses troubles autistiques lorsqu'il était enfant, pour une prise en charge adaptée tout au long de sa vie. Il est né bien trop tôt pour que son diagnostic d'idiotie soit décliné et enrichi. Le voici maintenant, bien malgré lui, engagé dans les orientations innovantes du XXI<sup>ème</sup> siècle.

Toutefois, une réflexion institutionnelle a pu s'amorcer vers une mise en sens éthique et clinique d'un tel projet. Pierre Ancet (2011) s'intéresse à la position subjective des personnes handicapées et, entre autres, à la question du vieillissement. À propos du sujet polyhandicapé qui avance en âge, il révèle toutes les nuances à prendre en compte quant aux mouvements d'orientation vers des établissements pour personnes âgées. Il s'appuie sur les vicissitudes de la construction identitaire du sujet polyhandicapé « de naissance » en décrivant un développement psychique s'opérant à partir « d'éprouvés d'expérience », pour démontrer sa spécificité vis-à-vis de la personne âgée développant une démence, mais qui dispose toutefois d'un moi construit à partir d'une identité globale constituée d'une expérience de vie et d'une reconnaissance sociale. Ainsi, si ces sujets sont tous aux

prises avec la grande dépendance, leurs expériences subjectives ne peuvent être comparables puisqu'elles se déclinent tout à fait différemment.

Nous croisons les apports de Pierre Ancet avec ceux de Bertrand Quentin (2015) qui s'appuie, à son tour, sur la notion d'identité narrative de Paul Ricoeur. Il propose la notion de temps vécu en tant que dimension temporelle spécifique à la personne au handicap sévère, au « vécu hors du temps social, le temps bergsonien de la montre ». Il remarque la nécessité de soutenir une « reconnaissance biographique » chez le sujet lourdement handicapé :

Il est dès lors légitime d'entretenir ce que Ricoeur appelle dans son *Parcours de la Reconnaissance* : le « pouvoir-se-raconter » de certains résidents à l'identité fragilisée en rassemblant des éléments biographiques que le sujet ne peut plus livrer lui-même, en facilitant l'affichage de son histoire humaine : des photos de famille, des objets marquants. (SIICLHA 2015, I.2.)

Si nous revenons à Monsieur F., son parcours de vie morcelé, son absence de parole et son actuel état de repli réduisant à l'infime son expression corporelle nécessitent le soutien de l'autre, d'un professionnel qui, au moyen d'une proximité spécifique, pourra préserver son identité narrative, en se faisant l'auxiliaire de son « pouvoir-se-raconter ». Vivre au sein d'une institution porteuse de son histoire, auprès d'intervenants connaissant celle-ci, être accompagné depuis plusieurs années par ceux qui tiennent une fonction sémaphorique (Delion, 2000) dans une relation de proximité sont des éléments indispensables à la subjectivation, somme-toute précaire, de Monsieur F. et à la prise en compte de sa fragilité identitaire. Bertrand Quentin conclut son intervention en nous mettant en garde quant au risque de reculade de la cohérence des dispositifs d'accueil dans nos établissements médico-sociaux :

Le secteur des personnes âgées dites dépendantes et celui des personnes lourdement handicapées physiques et mentales ont une origine commune qui était « l'asile » ou « l'hospice » – souvent lieu de relégation où l'on entassait les abandonnés les plus divers. Il n'est pas inutile de se remémorer cette époque d'un traitement indifférencié des individus pour rester vigilant sur son possible retour. Celui-ci prendrait bien sûr des formes plus « modernes » avec un vocabulaire nouveau (celui des personnes « dépendantes » et des adultes gravement handicapés, déficients mentaux profonds, polyhandicapés, autistes et psychotiques déficitaires). Si ces deux secteurs ont été distingués au XX<sup>ème</sup> siècle, peut-on

les associer dans une clinique commune des limites, des marges de l'humain, où il faut « tenir » pour ne pas les « lâcher » dans l'inhumain de l'indifférenciation ?

La présence à des publics différents exige à la fois de la « technique », des savoirs, qui ne peuvent se résumer à de bonnes intentions. Des conditions institutionnelles sont nécessaires pour que les professionnels puissent être là, au plus juste d'une présence essentielle. (*ibid.*, conclusion)

Ce rappel à l'histoire rejoint la thématique générale de ce chapitre en problématisant les grandes transformations institutionnelles que nous traversons, dans une perspective clinique. Si le changement d'institution pour Monsieur F. peut lui permettre de bénéficier de soins techniques plus adaptés, sans spécialisation de l'EHPAD, celui-ci pourrait souffrir de l'absence de spécificité d'une prise en charge majoritairement gériatrique et non plus tournée vers ses troubles et angoisses autistiques. En outre, le *versus* de l'accès à la nouveauté s'avère être la perte de l'ancienneté connue puisqu'il se trouvera confronté à un nouvel environnement, tant matériel qu'humain. Une autre constante du vieillissement exposée par Pierre Ancet (2011) est la sensibilité au deuil, en tant que problématique de la perte. Il met alors en évidence le « déni de la vie psychique » de la personne lourdement handicapée qui nous amène à ne pas pouvoir l'envisager souffrir de l'épreuve de la séparation.

Jean-Marc Talpin (2017) nous rassure à ce propos en soulignant la tonalité narcissique et narcissisante de nos réticences organisées autour des deux thèmes de l'abandon et de la régression :

J'anime un groupe de réflexion sur le vieillissement des résidents avec l'équipe d'un foyer de vie lié à un ESAT. Les propos sont largement organisés sur deux pôles (la régression, l'abandon), qui témoignent tous les deux de la croyance (narcissique et narcissisante) de l'équipe qu'elle seule sait s'occuper des (de « ses ») résidents, qu'ailleurs ils vont régresser, voire mourir car ils ne supporteront pas la séparation. (p. 270)

En s'appuyant sur une clinique auprès de patients psychotiques et d'anciens travailleurs handicapés, il fait l'hypothèse que le sujet insuffisamment différencié est engagé dans un transfert massif ne lui laissant pas accès à la transitionnalité et qu'il peut préférer, « pour des raisons d'économie et d'organisation psychiques, désinvestir totalement le lieu du passé pour investir le lieu du présent, dans une logique du tout ou rien » (*ibid.*, p. 271).

Peut-on envisager qu'il en soit ainsi pour Monsieur F. ? Pour Jean-Marc Talpin, la transitionnalité serait donc, en quelque sorte, la prérogative de l'équipe. Pour soutenir ce

projet d'accompagner le passage de Monsieur F. vers un nouvel établissement, nous pourrions envisager de rencontrer son équipe dans une démarche de transmission de notre relation intersubjective avec Monsieur F. Ainsi, nous pourrions sensibiliser de nouveaux professionnels à la compréhension fine du sujet, telle que nous l'avons élaborée durant toutes ces années. Si nos réticences s'organisent autour des capacités d'investissement du sujet pour un nouvel objet institutionnel, envisager l'inverse, donc le mouvement d'investissement du sujet par l'institution apporte une tout autre dimension à notre problématique. L'investissement regroupant la prise en compte par les nouveaux soignants des troubles singuliers de Monsieur F. – en particulier de ses angoisses archaïques – et de son historicité, dans le registre de l'identité narrative. Une telle démarche devient alors un dispositif de transmission et nécessite une certaine temporalité qui doit aussi contenir la précipitation actuellement induite par l'aspect gestionnaire de ces nouvelles pratiques d'orientation, dans une logique tarifaire de lit vacant à occuper. Car soutenir la position subjective de Monsieur F. consiste aussi à veiller à ce que sa situation ne se trouve pas emporté dans un flot indifférenciateur, si nous considérons que le renouvellement des politiques sociales est indexé aux choix économiques et budgétaires de l'État, comme s'en inquiétait Bertrand Quentin.

L'actuelle problématique institutionnelle de l'hôpital, qui aboutit à la mutation d'un grand nombre de patients du champ sanitaire vers des structures médico-sociales, nous semble aujourd'hui avoir un retentissement sur le fonctionnement de la maison d'accueil spécialisée. Du moins, nous observons que la nécessité d'accueillir de jeunes patients déficitaires hospitalisés au long cours est concomitante de celle d'orienter des sujets âgés vers des structures de type EHPAD. Si la fragilité induite par des pathologies graves implique encore aujourd'hui une mortalité relativement précoce chez les sujets polyhandicapés relevant traditionnellement de MAS, il s'avère que la spécificité de la psychose déficitaire ou du déficit intellectuel profond montre une évolution moins critique sur le plan somatique. Même des sujets épileptiques ayant subi de graves épisodes comitiaux ou ceux qui ont cumulé des années de consommation de neuroleptiques atteignent la force de l'âge en bonne santé. En réunion de synthèse, se questionne désormais l'utilité d'un maintien dans l'institution pour chaque accueilli ayant dépassé les soixante ans. Si le constat de l'amplification de la dépendance ou de la régression d'un sujet a pu entériner le projet de son orientation, notre réflexion institutionnelle a toutefois permis d'infléchir largement ce mouvement de déplacements systématiques. Les

intervenants travaillent peu à peu leur rapport à la fin de vie et commencent à envisager plus sereinement « l’extinction » inéluctable de cette génération d’accueillis. En outre, nous avons maintenant une règle tacite qui consiste à ne pas déstabiliser les personnes aux pathologies de type archaïque. L’orientation en EHPAD concerne davantage les accueillis « de passage », notamment ceux qui souffrent de troubles neurologiques ayant démarré tardivement.

Cet épisode assez récent a donc soulevé dans l’équipe un questionnement éthique à plusieurs inconnues. D’une part, nous nous sommes demandés si un sujet aux prises avec une organisation psychotique ou autistique, et avec les nombreuses angoisses archaïques qui s’adjoignent à sa structure, pouvait supporter d’accéder à une institution dont l’accueil n’était pas spécifique à sa problématique singulière. De plus, comment concevoir son lien à l’institution, développé depuis l’enfance ? Pouvons-nous estimer que celui-ci soit suffisamment intégré pour qu’un tel changement ne risque pas de réactiver l’expérience abandonnique vécue par le sujet cinquante années plus tôt ? Ou bien reste-t-il indifférencié au point de ne pas souffrir de la séparation jusqu’à pouvoir investir sans peine une nouvelle institution, comme le suggère Jean-Marc Talpin ? D’autre part, que nous a dit le récent engouement des professionnels pour ces soudains projets d’orientation ? Il nous a semblé témoigner d’un état de souffrance, d’une réelle difficulté à supporter la responsabilisation massive impliquée par la grande dépendance, tant physique qu’affective. Plusieurs personnes accueillies venaient alors de décéder à quelques mois d’écart, impliquant les professionnels dans un accompagnement de type palliatif qu’ils semblaient encore en peine d’élaborer en tant que pratique professionnelle. Rappelons que le décès d’un patient engage les professionnels jusqu’à ses funérailles qui se font au sein de l’hôpital, non sans provoquer d’importantes mobilisations contre-transférentielles chez ceux-ci. Mais aussi, il y a le changement identitaire que cette dépendance a entraîné chez les professionnels devant de plus en plus renoncer à des postures éducatives visant au développement de l’autonomie, pour s’engager vers un travail relevant davantage du *care*. Nous avons relié ce phénomène à la convergence de l’expansion des logiques gestionnaires et du développement de pratiques évaluées au moyen d’indicateurs de performance et de résultats. Cette situation semble avoir induit chez les intervenants des recours défensifs vis-à-vis d’une humanité qui les exposerait au risque de les voir déborder d’un cadre conçu pour être de moins en moins affectivé. Ce sera justement une des thématiques de notre seconde partie.

## II. ARTICULATION ENTRE HISTOIRE ET CLINIQUE : VERS L'HISTORICITÉ

L'intérêt des analystes envers la clinique du sujet porteur de handicap et sa famille est assez récent. Simone Korff-Sausse (2013 *a*) soutient la nécessité d'opérer un « changement de paradigme » pour réussir à s'appuyer sur la métapsychologie freudienne, en s'engageant vers les récentes réflexions de la psychanalyse contemporaine – notamment avec les apports de Wilfried R. Bion – afin d'aborder le champ du handicap et ses particularités. Puisque le sujet ne peut parfois s'appuyer sur la parole, ni s'engager dans une classique « névrose de transfert », adopter une démarche de compréhension psychanalytique convoque toute notre créativité dans la relation à l'autre. Cette récente « clinique de l'extrême », riche de transversalités, est aujourd'hui un des champs de la psychanalyse. Elle a permis que des mécanismes essentiels soient mis à jour, élaborés et discutés jusqu'à venir éclairer la pratique des professionnels sur le terrain.

Nous nous engageons dans une démarche clinique avec cette seconde partie **Articulation entre histoire et clinique : de l'histoire vers l'historicité**. Pour l'introduire, évoquons d'ores et déjà la thématique de la honte qui se développe tout au long de notre travail. Parfois pointée et explicitée, d'autres fois seulement perceptible, nous verrons à quel point celle-ci s'est propagée au fil du temps, notre exploration de l'histoire nous menant à ses « sources » (Gaulejac, 1996). La contagiosité de la honte nous amène à observer ses répercussions dont la forme la plus marquante ici est l'indifférenciation entre les sujets. Car si la honte a pour principale caractéristique d'isoler le sujet face au reste du monde, dans le contexte institutionnel, la honte se diffuse en engluant les sujets dans une expérience collective, qu'il s'agisse des accueillis, de leurs familles ou des professionnels qui les entourent. Par exemple, lors des moments forts que sont les fêtes institutionnelles, les personnes présentes sont rassemblées par le lien qui les associe au sujet accueilli. Ainsi, l'institution contient la détresse familiale en soutenant l'exposition du stigmate au regard de l'autre. Dans l'espace clos de l'institution, à l'abri des regards « de ceux qui ne savent pas », la honte ne se parle pas mais elle prend une dimension sociale et collective. L'expérience de la honte n'est plus solitaire, elle est socialisée dans ce cadre contenant et rassurant de la fête institutionnelle. Souvent tenue secrète à l'égard du groupe social, l'existence du sujet au sein de la famille est mise à jour, elle est partagée et intégrée par tous. Cette mise en commun du secret engage un premier mouvement de dégageant de

la honte. C'est un aspect qui la différencie de la culpabilité qui elle, reste singulière à chaque histoire familiale et ne s'aménage pas de la même façon. Vincent de Gaulejac (1996) remarque que contraint par la violence des rapports sociaux, le vécu de honte est intériorisé par le sujet honteux, jusqu'à son effacement. L'intériorisation de la honte s'opère par paliers successifs au fil des expériences stigmatisantes et disqualifiantes, donc d'un traitement social humiliant. Bien que le milieu social soit extérieur au sujet, l'indignité qui en est projetée va être progressivement intériorisée jusqu'à favoriser un processus de répétition. Ainsi, ce croisement d'une réalité sociale et de l'expérience intrasubjective constitue un « nœud socio-psychique » qui amène le sujet à disparaître ou à faire disparaître l'objet de la honte (p. 55). Pour échapper au regard d'autrui et à la souffrance qu'il génère, le sujet va tenter de se protéger du surgissement du sentiment honteux en ayant recours à un mécanisme d'enfouissement. Albert Ciccone et Alain Ferrand (2009) mettent en évidence son caractère dynamique et le définissent ainsi :

L'enfouissement au sein du moi implique une topique de la profondeur, différente des processus de refoulement. Il s'agit d'une opération qui « empile » des couches de souvenirs autour du noyau douloureux, comme une sorte de pansement, et qui implique en même temps des stratégies d'évitement. L'enfouissement, de ce point de vue, se rapproche des stratégies mises en œuvre dans les problématiques phobiques. Le noyau honteux, l'événement et l'affect qui l'accompagne sont mis à distance, entourés par un cordon de sécurité, ou une digue. (p. 100)

Mais les auteurs observent que plus la honte est enfouie, plus son objet peut devenir envahissant et visible, double processus qui désorganise le sujet en mettant en échec sa recherche de sécurité interne, jusqu'au clivage. Les familles que nous avons rencontrées décrivent s'être trouvées aux prises avec de tels mécanismes. Souvent sans soutien de l'entourage et sans réel accompagnement de professionnels, la solution de l'hospitalisation s'est présentée comme un moyen de stopper la submersion d'affects négatifs. Dans les dossiers d'hospitalisation, nous retrouvons des traces de leur désarroi malgré les réponses institutionnelles et leur confiance apparente vis-à-vis de celles-ci.

Tous les auteurs qui traitent de la honte soulignent sa grande contagiosité. Le développement d'une situation clinique montrera de quelle façon elle s'irradie au sein de la famille. Albert Ciccone et Alain Ferrant (2012) se sont intéressés aux mécanismes « d'emboîtement d'affects » dans la clinique du handicap. La honte et la culpabilité sont transgénérationnelles en atteignant l'enfant porteur du handicap et sa fratrie. Mais les

auteurs désignent aussi ce partage d'affects comme « le paradigme du soin ». Être dans le lien thérapeutique mobilise un maniement transférentiel sensible à « l'onde de choc » des répercussions honteuses que véhicule le handicap (p. 26).

Dans notre **Chapitre II.1. L'héritage et sa trace**, nous allons tenter de repérer les « traces et vestiges de l'histoire » (Roussillon, 2003, p. 130) que nous recueillons tant auprès du sujet accueilli, que de sa famille et des professionnels qui l'accompagnent. Après avoir complété notre étude historique de l'évolution institutionnelle du traitement des sujets déficitaires, qui met en évidence leur difficulté à obtenir l'accès à un espace social subjectivant, nous exposerons de quelles façons nous développons ces thématiques de la faute – donc de la culpabilité – et de la honte dans leur dimension clinique. Notre démarche au temps présent nous amènera constamment à articuler notre clinique à l'histoire dont nous recueillons et observons les traces.

Comme toutes les institutions, la maison d'accueil spécialisée s'appuie sur la vie collective. Elle est un berceau de diversité de positions subjectives, avec une multitude d'intervenants, des professionnels et des accueillis qui s'y mêlent... et s'y démêlent. Que la rencontre entre professionnels et accueillis s'appuie sur la communication non-verbale du fait de l'absence de langage élaboré chez ces derniers nous apparaît être une particularité révélatrice du délitement d'un récit collectif. L'activité narrative ne se présente pas comme un organisateur de l'institution où la cohésion et la régulation des pratiques s'inscrivent pourtant dans l'élaboration et la rédaction d'écrits (projet institutionnel, projet personnalisé, projet d'activité, ...). Ainsi, si l'on « parle » du sujet et de la vie collective, on ne les raconte pas pour autant. Au fil des années, nous entendons des bribes de récits qui ne s'accordent pas toujours, nous observons alors des phénomènes de répétition, parfois des confusions de singularités qui nous semblent achopper sur l'absence d'un partage d'histoire.

Dans la section **II.1.1. Une institution au mythe fondateur antiasilaire**, nous partirons du principe où recueillir des récits et les organiser en un mythe partagé nous permettrait de mettre en sens une accumulation d'évènements, de les inscrire dans une temporalité et surtout de rassembler chaque acteur au cœur d'une histoire commune. Cette démarche consiste pour nous à soutenir le mythe fondateur susceptible d'organiser l'institution autour de sa tâche primaire, mais aussi dans sa vie collective, notamment lorsqu'il s'agit de faire équipe.



Nous nous intéresserons ensuite à l'expérience des familles, dans la section **II.1.2. Honte, cacherie et secret : des familles abandonnées abandonniques**. Au-delà des vicissitudes du travail de séparation et de la blessure narcissique provoquée par l'anormalité de leur enfant, il apparaît que ces parents se sont trouvés très isolés face à l'affliction qui les conduisait à le confier à l'institution. Mais dans un même mouvement, ils décrivent le soulagement de ne plus être confrontés quotidiennement aux difficultés entraînées par la présence de l'enfant au sein de la famille. Jamais la honte n'a pu être nommée, ou très rarement. Il nous semble alors que l'hospitalisation peut être envisagée par sa fonction de mise à distance et d'enfouissement de la honte qui devient alors agie.

Dans la section **II.1.3. Les effets de la relégation**, nous tâcherons de comprendre ce mécanisme d'indifférenciation qui incorpore chaque sujet dans un ensemble institutionnel. Nous nous intéresserons à l'expérience abandonnique du sujet très déficitaire et à ses répercussions sur le plan institutionnel, notamment dans sa relation avec les intervenants qui l'accompagnent au quotidien.

Dans le **chapitre II.2. La démarche d'historicisation**, nous tentons de rapporter de quelle façon nous nous sommes aussi appuyée sur l'historicité du sujet accueilli et de sa famille en tentant de restituer et de souligner l'humanité de chacun pour mettre en évidence les liens qui les inscrivent, tantôt au sein d'une institution, tantôt au sein d'une famille, d'un groupe social et culturel et *in fine*, d'une société.

Dans la section **II.2.1. L'anamnèse en tant qu'identité narrative**, nous commencerons par évoquer la singularité de la rencontre avec le sujet aux pathologies de type archaïque, et de notre recours à son histoire pour tenter de nous dégager des effets sidérants de l'asymbolisation lié à l'archaïque. Nous présenterons ensuite notre travail anamnétique, que nous tâcherons de définir à partir de plusieurs propositions théoriques et qui mettra en lumière notre choix de soutenir l'identité narrative du sujet.

La suite du chapitre portera sur les mobilisations contre-transférentielles provoquées par la rencontre avec le sujet déficitaire, dont l'absence de parole engage son interlocuteur dans une implication singulière. Avec la section **II.2.2. La « fonction à contenir » de l'archaïque et du clastique**, nous nous intéresserons aux manifestations de « souffrances primitives » (Mellier, 2005 *b*), à la façon dont elles ont pu être perçues au fil de l'histoire et comment, au moyen d'un dispositif de reprise et d'analyse des pratiques, les intervenants du quotidien parviennent peu à peu à élaborer un dispositif institutionnel de

« fonction à contenir » (Mellier, 2005 *a*, 2005 *b*). Nous analyserons les effets de leur travail de symbolisation de lien et de différenciation, notamment dans ce contexte « hors langage » des pathologies de type archaïque.

Enfin, dans la section **II.2.3. La subjectivation de l'animalité**, nous évoquerons la particularité de la rencontre avec l'archaïque, qui occasionne l'expérience de l'*inquiétante étrangeté*, faisant obstacle à nos capacités identificatoires et suscitant des projections fantasmatiques de monstruosité et d'animalité (Korff-Sausse, 2002, 2007a). Nous observerons la permanence des fantasmes de bestialité au fil de l'histoire jusqu'à notre expérience contemporaine à la maison d'accueil spécialisée, en montrant qu'ils révèlent le statut liminaire du sujet aux conduites archaïques.

S'appuyer sur l'histoire humaine du sujet nous apparaît comme un levier indispensable à son ralliement à notre condition partagée. C'est ce processus d'historicisation qui sera étudié et, nous l'espérons, démontré tout au long de cette seconde partie. En élaborant leurs pratiques, les professionnels ont dû mobiliser une réflexion, souvent en profondeur, pour connaître finement chaque sujet, du côté de son histoire, de sa pathologie et de la teneur des différentes angoisses qui pouvaient l'envahir. C'est ce mouvement de soutien à la subjectivation que nous appuyons en tant que démarche clinique : une différenciation pour se dégager de la confusion où le sujet – qu'il soit professionnel ou accueilli – risque de se diluer lorsque le collectif se trouve trop uniforme et ritualisé. Au fil des rencontres et des situations, chaque intervenant a dû questionner sa posture et la modifier, parfois même de façon infime pour pouvoir s'adresser au sujet sans venir faire effraction chez lui et l'affecter. À l'inverse, le professionnel en tant que sujet a dû apprendre peu à peu à résister aux mécanismes d'attaque du lien, très présents au quotidien, pour devenir un agent de contenance et de réunification du sujet déficitaire si souvent aux prises avec le morcellement.

Lorsque Simone Korff-Sausse (2002) évoque les difformités des sujets avec handicap ou des pathologies marquantes, elle soutient que c'est au moyen de l'élaboration d'une relation intersubjective que notre déplaisir, voire l'effroi provoqué par une première rencontre avec l'image d'un corps marqué, peut évoluer vers une appréciation esthétique davantage valorisante. Lorsque la relation s'élabore au fil des expériences partagées, il apparaît que non seulement les regards des professionnels de l'institution portés sur le sujet handicapé ont pu se réajuster, mais que les représentations qu'ils se faisaient du travail d'accompagnement au quotidien auprès de ces personnes très démunies ont aussi

évolué vers une appréciation plus valorisante de la tâche primaire. D'une première impression de défectologie que l'on peut associer à la mésinscription et à l'archaïque, les professionnels expriment qu'au fil de l'évolution de la relation avec chaque sujet accueilli, leurs pratiques ont pris sens et se sont remaniées au-delà de la perspective hygiéniste du *nursing* à laquelle ils avaient recours lors de leurs premiers jours dans l'institution. C'est d'ailleurs la démarche que nous tentons d'accompagner à chaque arrivée d'un nouvel intervenant dans l'institution, qui commence toujours par envisager sa fonction autour de l'axe de l'activité pragmatique. Au fil de ses rencontres avec les accueillis, de son inscription dans l'équipe institutionnelle et d'échanges réflexifs menant à son implication, nous observons peu à peu sa pratique se transformer en *praxis*. C'est souvent ce processus qui permettra au professionnel de se maintenir dans cette institution, au travail quotidien difficile lorsqu'il est envisagé sous un aspect mortifère.

## II.1. L'HÉRITAGE ET SA TRACE

Souvenons-nous ici de la *tentative* de Deligny qui réalisait des cartes avec des « lignes d'erre » et des « chevêtres », en retraçant le parcours des enfants qu'il accueillait. Ainsi tentait-il de transformer le langage – ou du moins son absence – en *tracer*, pour garder traces d'existence. Scrupuleusement, chaque jour, Deligny et ses compères, avec les accueillis, traçaient sur des calques qui se superposaient les déplacements, les points d'arrêt, de rencontre et de réunion, les points d'affect... Tout était consigné à la façon d'un journal. Ainsi la trace devenait signe, mais sans recours aux mots. Il y traçait les agirs, les émois communs, en référence à l'art brut qui révélait l'immutabilité des traces d'existence de ceux qui nous ont précédés. Ainsi liait-il intimement la trace, le commun et l'immuable.

La réflexion de la philosophe Sybille Krämer (2012) à propos de la fonction épistémologique de la trace suggère que ce n'est pas tant la trace en elle-même qui soutient sa fonction mais bien l'interprétation narrative que nous en ferons, lorsque nous la reconnâtrons en tant que trace. « L'inattention de celui qui laisse des traces et l'attention de celui qui les lit, qui les trouve et les identifie, constituent les deux facettes de la trace. » (p. 5). Elle souligne ainsi l'unidimensionnalité de la communication entre celui qui laisse une trace, dans le passé, et celui qui la déchiffre au présent. Parce qu'une trace représente d'abord l'absence de ce qui n'est plus, « la non-présence de l'Absent » (*ibid.*, p. 4). Elle est involontaire, elle n'a pas été laissée pour que nous l'utilisions présentement, ni même pour que nous la trouvions. Mais lorsque nous la repérons, encore faut-il que nous la désignions en tant que trace en reconnaissant le décalage temporel qu'elle incarne. Elle est polysémique, et c'est en la lisant que nous la désignons trace de ce que nous cherchons précisément. Le médium qui porte la trace doit être malléable, notamment quand la trace est une empreinte, pour la supporter et la laisser perdurer. Plusieurs traces peuvent être assemblées en réseau par le collecteur, toujours en fonction du sens qu'il lui octroie :

Les traces représentent en somme le lieu où les choses muettes « se mettent à parler » grâce à notre intuition. L'« intuition » implique pourtant la chose suivante : ce n'est que parce que nous connaissons, reconnaissons et considérons la vie ainsi que les lois propres au monde matériel que nous pouvons transformer des fragments perceptibles de ce monde en

autant d'interprétations. Or, celles-ci portent témoignage de ce qui nous échappe et qui demeure pour nous invisible. (*ibid.*, p. 7)

Fernand Deligny traçait certainement en ce sens. Tel qu'il est explicité par Sybille Krämer, le concept de trace nous interpelle dans notre démarche de chercheuse car nombre d'objets nous sont apparus comme des traces de l'histoire que nous avons étudiée. Les matériaux les plus évidents sont les dossiers d'hospitalisation contenant les certificats médicaux, les observations des soignants mais aussi les correspondances avec les familles, et parfois des photographies. Ces documents n'étaient pas destinés à notre rencontre et pourtant, ils sont très utiles à notre démarche clinique. Lorsque Sybille Krämer évoque l'intuition qui soutient le recueil et l'interprétation d'une trace, nous pensons alors au regard que nous portons sur des phénomènes moins lisibles, tels que des comportements que l'on qualifierait de stéréotypés, des manifestations d'émotions subjectives chez les intervenants ou des mouvements institutionnels, notamment dans l'intersubjectivité. Mais au-delà de l'époque contemporaine de la vie du sujet, il nous semble observer les traces d'un héritage bien plus ancien qui vient s'immiscer dans nos interprétations. Notre sensibilité clinique attachée à l'histoire oriente notre regard qui voit des traces là où d'autres collègues privilégieraient une interprétation différente, d'où la polysémie de la trace.

Joseph Morsel (2016) s'accorde avec Sybille Krämer pour dire que c'est bien son lecteur qui fait exister la trace :

Les métaphores de la lecture ou du déchiffrement des traces ne doivent donc pas tromper : les traces ne sont pas des signes (qui normalement renvoient automatiquement et directement au référent), elles doivent être découvertes, recueillies et dotées d'un sens, c'est-à-dire transformées rétrospectivement en signes (alors que les signes « normaux » possèdent d'emblée cette attribution sémiotique). (Morsel, 2016, p. 835)

Il relie ce processus à la démarche archéologique en soulignant que c'est à partir de l'observation d'une trace qu'il y a production de sens. Ici, les traces que nous recueillons nous permettent de constater, dans un premier temps, la transformation de nos pratiques et des conditions de vie des accueillis. C'est un processus mémoriel. Mais il y a aussi des traces qui prennent la forme de réminiscence et nécessitent des interprétations plus fines afin d'être symbolisées. Lorsque l'on conçoit que l'histoire asilaire n'est peut-être pas terminée, mais qu'elle s'est transformée, nous nous inscrivons dans une conception

linéaire et non anachronique du temps (Morsel, p. 851-852) qui nuance le point de vue de Sybille Krämer. Dans la même optique, le sentiment de rejet dont ont souffert les familles confrontées au handicap n'aurait plus de raison d'être aujourd'hui puisque notre société défend des valeurs inclusives, et pourtant, force est de constater qu'une souffrance associée à nos représentations collectives du handicap reste encore très vivace.

Joseph Morsel associe les mécanismes de la trace à ceux du symptôme :

L'intérêt n'est pas dans la métaphore médicale elle-même mais dans la possibilité qu'elle donne de concevoir une alternative à l'empreinte (qui n'est elle-même guère qu'une métaphore). C'est cette idée qui me conduit à m'interroger : et si, au lieu de considérer que le document renvoie à une absence (celle de ceux qui l'ont produit, qui sont bel et bien morts et irrécupérables), on admettait qu'il renvoie à une présence, quoique invisible ? (*ibid.*, p. 856)

La « trace symptomale » favoriserait ainsi une lecture abstraite d'un système social et de ses mécanismes. Joseph Morsel définit la démarche historique en tant « qu'étude rétrospective de la dynamique des sociétés » (*ibid.*, p. 861) ; elle utiliserait donc le matériel documentaire pour interroger le social dont témoigne la trace. Le paradigme de la trace symptomale nous engagerait ainsi dans une « tentative de compréhension de l'héritage du passé » (*ibid.*, p. 859) au présent, avec la perspective de distinguer la passéité de l'historicité.

René Roussillon (2003) a également relié trace et historicité. Il nous rappelle un des principes fondamentaux de la psychanalyse qui propose que l'actualité du sujet soit constituée des re-présentations de son histoire vécue. Il défend donc une dimension transformationnelle du travail psychique qui ne se limiterait pas à la transformation de la pulsion dans l'économie psychique du sujet ni à l'interprétation de ses fantasmes originaires sans prise en compte de son historicité :

Aussi bien penser la transformation que la psyché fait subir à l'histoire, penser la réalité psychique comme mise en sens transformatrice de l'histoire, ne peut se concevoir valablement dans la méconnaissance de cette histoire elle-même : on ne peut penser la transformation, ou son échec, sans penser ce qu'il a fallu ou faut transformer. La réalité psychique ne peut bien se concevoir que dialectisée avec la réalité historique, à condition bien sûr de ne pas donner au concept de réalité historique un sens « absolu », c'est-à-dire

indépendant du sujet qui la rencontre, la vit et commence à la signifier en fonction des données propres de sa psyché du moment. (p. 129)

Ainsi, René Roussillon s'attache à théoriser l'organisation mémorielle et « remémorielle » du sujet. Son attention portée aux « traces et vestiges de l'histoire » (*ibid.*, p. 130) lorsqu'il s'adresse au sujet nous rappelle la démarche historique dynamique telle que Joseph Morsel l'explique dans sa dimension sociale. René Roussillon propose de différencier trois types de traces qu'il définit comme des « types de mémoire ». Il décrit d'abord le souvenir, qui est « une représentation vécue comme telle et datée » (*ibid.*, p. 141). Il constitue le travail d'historisation subjective lorsque le sujet se remémore son passé avec le plus d'authenticité possible. Ensuite, le fantasme est plus incertain que le souvenir mais il reste une représentation potentielle de l'histoire. René Roussillon reprend le terme freudien de « sang-mêlé » pour avancer sa composition de « d'histoire vécue et de la manière dont celle-ci a été signifiée, assimilée, métabolisée par la psyché de l'époque » (*ibid.*, p. 128). Pour le fantasme, le processus de transformation est très important et nous renvoie particulièrement à notre travail clinique institutionnel auprès des professionnels. Enfin, la troisième forme de mémoire s'inscrit sous le registre de la perception. Elle n'est ni subjectivée, ni historisée mais se re-présente au sujet sous forme d'affect non symbolisé et dans une contrainte répétitive, sans qu'elle puisse être « historiquement située » (*ibid.*, p. 141). La psychanalyse, notamment avec le processus de la cure-type, a pour fonction de soutenir le sujet dans sa construction identitaire et dans son évolution tout au long de son existence. René Roussillon insiste sur la grande part que tient l'histoire et sa remémoration dans un tel travail psychique, mais aussi sur la singularité de chaque analyse, et notamment du rapport que le sujet entretient avec son histoire, ses souvenirs et sa capacité à les symboliser :

La reconstruction de l'histoire, de la préhistoire, est fondamentale, mais la manière dont celle-ci s'effectue n'en est pas moins fondamentale. L'histoire, l'historicité, l'historisation se transmettent dans un jeu signifiant avec la réalité historique, leur vérité dépend aussi bien de la réalité qu'elles cernent que du jeu qu'elles introduisent et grâce auquel ce à quoi la réalité historique a confronté le sujet trouve à se représenter et à se subjectiver. (1999, p. 58)

C'est donc cette réalité qui laisse des traces, des expériences psychiques que le sujet devra s'approprier pour les métaboliser et élaborer ainsi son historicité. Mais certaines traces, celles d'une expérience traumatique en particulier, ne peuvent être traitées par l'activité

de représentation et vont alors se re-présenter au sujet dans une contrainte de répétition qui clive et appauvrit les ressources internes du Moi.

Notre travail clinique au quotidien consiste donc à mobiliser nos connaissances historiques pour repérer les traces d'un passé qui nécessitent d'être symbolisées lorsqu'un travail d'historicisation nous semble achopper et faire symptôme. Si au départ, s'intéresser à l'histoire du sujet accueilli s'est imposé à nous afin de nous dégager d'une demande comportementale, nous avons découvert que la prise en compte de l'histoire était une ressource à déployer dans notre clinique institutionnelle. C'est en ce sens que nous nous sommes imprégnée de l'histoire, d'abord en nous intéressant à celle de l'institution, plutôt récente, puis à celle des accueillis et de leur famille qui nous projetait dans les années soixante, pour finalement étudier celle de l'hôpital où ces personnes avaient grandi. Nous l'avons vu dans notre première partie, cette démarche nous a menée jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, qui correspondait à l'époque de l'édification de l'établissement, mais surtout à l'isolation de l'idiotie.

Nous allons d'abord nous intéresser à la fondation de l'institution pour découvrir de quelle façon la proposition institutionnelle d'ouvrir un lieu de vie spécifique pour ces patients, avec une forte injonction antiasilaire, a pris fonction de mythe fondateur de cette maison d'accueil spécialisée.



### II.1.1. UNE INSTITUTION AU MYTHE FONDATEUR ANTIASILAIRE

De nos jours en France, dans nos institutions médico-sociales, peu de professionnels savent qui est Jean-Étienne Esquirol et la qualification d'idiot est reçue comme une insulte. Le temps a fait son effet. Pourtant, au fil de nos lectures historiques, nous avons trouvé à faire des liens avec la culture institutionnelle de la maison d'accueil spécialisée. Nous avons parfois eu le sentiment de nous renseigner sur nos ancêtres comme nous pourrions le faire dans une démarche subjective de compréhension transgénérationnelle de notre famille. La particularité d'être liée à l'hôpital psychiatrique nous semble renforcer encore davantage la confrontation de cultures professionnelles différentes, entre le champ sanitaire et celui du médico-social. L'impact de l'histoire est remarquable dans la mesure où cette équipe apparaît aux prises avec un héritage institutionnel qui s'est transmis de l'hôpital vers la maison d'accueil spécialisée avec ses accueillis. Au moment de son ouverture en 2003, l'hôpital s'était modernisé et donc humanisé, mais l'héritage institutionnel nous apparaît pourtant avoir traversé les générations en inscrivant son histoire ancestrale dans les représentations collectives. Se situer dans une dimension transgénérationnelle nous a alors amenée à observer l'impact de l'histoire des institutions de soins et d'accueil, asilaires en particulier. Car si l'établissement donne une première impression saisissante de modernité puisqu'il a été construit selon les normes architecturales du XXI<sup>ème</sup> siècle, il s'érige toutefois sur des terres asilaires et les personnes accueillies, elles, ont bien connu cet asile. Nous observons que la construction identitaire des professionnels révèle les traces de l'histoire institutionnelle qui constitue l'histoire commune des accueillis, et plus largement de celle des institutions françaises.

Nous avons vu que jusqu'au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, les enfants dits « arriérés profonds », lorsqu'ils ne restaient pas dans leur famille, se trouvaient « placés » soit en hospice, soit à l'asile, parfois en fonction de la prédominance de la nature de leurs troubles, mais aussi selon l'organisation locale du réseau de soin et d'accueil. Aujourd'hui, l'hospice et l'asile n'existent plus. Les enfants ainsi placés depuis les années soixante et qui sont encore en vie sont devenus adultes. Ils vivent donc soit dans des institutions médico-sociales – par exemple les anciens hospices convertis en foyers de vie – soit encore dans des services de long séjour en psychiatrie dont la disparition se précise.

## LE SERVICE D'ENFANTS INÉDUCABLES

Dans notre région, à la fin des années cinquante, le « service d'enfants inéducables » a été créé au sein de l'hôpital psychiatrique, à la demande du Département. En 1959, le service comptait 49 patients, 16 filles et 33 garçons âgés de 4 à 16 ans. D'après un premier rapport d'activité, ils étaient dits « arriérés mentaux » et présentaient tous un quotient intellectuel inférieur à 50. Au commencement, il n'était donc pas envisagé d'accueillir des enfants aux pathologies psychotiques :

Deux enfants nous ont été confiés, qui ne répondent pas à ces indications : l'un, atteint d'une démence précocissime, a été admis en urgence et malgré les soins psychiatriques dont il a fait l'objet n'a pu encore être rendu à sa famille ; l'autre, un caractériel, a été remis le lendemain à ses parents avec indication d'un Centre approprié. (...) Enfin, il serait nécessaire de pouvoir disposer d'une petite unité de soins qui permette d'hospitaliser quelques jours des caractériels en crises ou des démences précocissimes en attendant leur admission dans un service psychiatrique correspondant à leurs besoins. (Docteur D., 1959, p. 49)

Le nom de la médecin-chef qui a rédigé ce rapport revient fréquemment dans les récits, elle est identifiée comme la fondatrice du service et aurait consacré beaucoup d'énergie à son développement, tout au long de sa carrière. Parmi les quelques traces de cette époque, nous avons trouvé des correspondances entre ce médecin et certaines familles, documents qui nous ont offert un appui considérable pour étayer notre recherche. Quelques années après son décès, nous avons rencontré son époux qui nous a confirmé un engagement sans faille. La famille vivait au sein de l'hôpital et comme il était alors d'usage, elle employait des malades pour l'entretien de la maison et la garde des enfants. Il leur arrivait également d'accueillir de jeunes patients sans famille durant les week-ends. La médecin-chef sillonnait le département pour visiter des familles ou des hospices, dans le souci d'évaluer le plus finement possible la pertinence d'une hospitalisation d'enfant. Elle semblait aussi soucieuse de soutenir les familles dans leurs difficultés provoquées par les troubles graves de « leur petit malade » et de maintenir le lien familial ainsi fragilisé.

Au niveau institutionnel, les récits décrivent sa pugnacité pour obtenir les moyens favorables au dynamisme du service. Dans l'extrait qui suit, elle rapporte et jauge les besoins en personnel – essentiellement féminin à cette époque – pour le fonctionnement du service :

Le personnel a été pris sur l'ensemble du service des femmes.

Nous avons eu de grosses difficultés au début à le maintenir à ce poste ; de plus en plus, il s'avère stable : les infirmières s'attachant aux enfants même les plus déshérités.

Malheureusement les tâches ménagères sont extrêmement lourdes, mobilisant des infirmières plusieurs heures par jour.

Nous avons essayé de les faire aider par des malades femmes : jeunes mères de famille privées momentanément de leurs enfants mais les garanties de sécurité concernant les enfants nous obligent à désigner des malades proches de la sortie : ce qui rend le personnel secondaire très instable.

L'essai d'utiliser des jeunes filles caractérielles s'est avéré fâcheux malgré un bon départ. Nous avons pu mettre à demeure deux élèves-stagiaires : l'une, monitrice de sport, l'autre ayant fait de l'enseignement spécialisé afin d'améliorer l'ambiance. Une orthophoniste serait indispensable.

Quoiqu'il en soit il faut en permanence huit infirmières dans ce service par brigade. Les normes nous permettent une infirmière pour dix malades. Le Service des femmes est souvent amputé en faveur du service des enfants. (*ibid.*, p. 51)

Jusque dans les années 1980, il était d'usage de proposer aux patients les plus stables de travailler en renfort des équipes au sein des hôpitaux psychiatriques français. Ainsi, occupaient-ils des postes dans les services généraux (par exemple, les vêtements des enfants étaient confectionnés dans des « ateliers féminins ») ou, comme nous le lisons ici, des patientes secondaient les infirmières auprès des patients les plus vulnérables. Cette tradition initiée par les aliénistes s'inscrivait dans l'organisation institutionnelle, sans que la présence de ces patients au long cours ne soit questionnée ni envisagée en tant que « bénéfice secondaire » (cf. notre intermède), comme le montre Hervé Guillemain (2013) :

On assiste en fait avec l'évolution du système de soin psychiatrique à une révolution de la conception du « bon patient », car si au début du XX<sup>ème</sup> siècle, le « bon patient » est aussi un fin connaisseur du système asilaire, son omniprésence dans l'institution est loin de marquer l'échec d'une ambition thérapeutique. Le bon malade est certes un « incurable », selon les théories du temps mais en faisant corps avec l'institution, en travaillant en son sein, il en renforce la fonction asilaire, fonction essentielle depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle. La conception du « bon patient » apparaît donc comme un marqueur de l'évolution de l'institution psychiatrique. (p. 241-242)

Il présente ce statut comme une « distinction du commun » (*ibid.*, p. 242), puisqu'il était un moyen pour le patient d'obtenir un pécule, des conditions d'hébergement améliorées, une liberté de circulation ou un assouplissement des règles. Hervé Guillemain qualifie cette distinction de physique, sociale et spatiale, mais avec la conséquence d'une certaine solitude pour ces patients qui ne nouent pas de liens (*ibid.*, p. 247). Il nous semble que ce statut avait une fonction identificatoire du soigné vers le soignant, qui s'inscrivait dans un univers finalement factice et asymétrique. L'argument thérapeutique – avancé par l'époux de la feu médecin-chef, à propos du personnel de maison – était que ces activités visaient à réduire l'oisiveté, en impliquant les patients dans la vie de l'hôpital. De plus, elles devaient les préparer au monde du travail puisqu'il était supposé qu'ils quitteraient l'hôpital un jour. Nous avons vu avec le travail d'Isabelle von Buelzingsloewen (2018) que ces patients désignés comme de « bons malades » se trouvaient dans une situation d'inertie institutionnelle et de « maintien abusif » qui ne leur permettait pas de se projeter ailleurs qu'à l'hôpital, alors qu'ils auraient pu avoir accès à une insertion sociale (p. 59). Avec l'exposé du cas d'Henriette D. (2007 *a*), elle relève une « prépondérance des internements féminins » (p. 7) avec des recours à l'hospitalisation plus fréquents et une réinsertion sociale et familiale plus difficile pour les femmes que pour les hommes. Ici, si le service des enfants ne semble « utiliser » que des patientes femmes et celles-ci sont décrites sortantes. C'est un document officiel qui occulte peut-être cette question du « maintien abusif » puisque dans les récits que nous avons recueillis, une patiente est citée pour sa notoriété institutionnelle et surtout sa consécration à la famille de la docteure<sup>51</sup>. Dans son article, Hervé Guillemain montre l'évolution des diagnostics retrouvés dans les dossiers de deux patients travailleurs, jusqu'à identifier dans leurs cas une « construction de la chronicité » (*op. cit.*, p. 242-244). Cet usage se révélait être une exploitation humaine souvent indécente. Dans un modèle de « psychiatrie sociale et communautaire » (Demailly, 2012), ne serait-il pas envisageable que le patient puisse avoir accès à un vrai statut, avec un logement de fonction comme il en existe pour les soignants au sein de l'hôpital, une rémunération indexée au prix du travail et ouvrant à des droits et surtout la liberté de choisir d'être ainsi protégé par l'institution ou d'accéder à une vie indépendante hors de l'hôpital ? Une vraie réglementation permettrait-elle de dégager ces patients de « l'esprit de patronage » et de

---

<sup>51</sup> Une histoire similaire à l'hôpital d'Erstein est le point de départ du documentaire *Le monde normal*, réalisé par Hélène Risser (2019).

la représentativité du « bon malade » ? (Guillemain, *op. cit.*, p. 248). Cette pratique aurait pu être mieux encadrée pour servir réellement à la réhabilitation, tant psychique que matérielle des patients travailleurs. Elle a fini par être interdite par l'administration qui a alors favorisé le développement des ateliers d'ergothérapie.

Pour revenir au service des enfants, « l'utilisation » de patientes consiste à soutenir des infirmières pour tenter de réduire la pénibilité du travail dans ce service afin d'éviter un *turn-over* au sein des équipes. La lourdeur des tâches ménagères est évoquée, mais nous découvrirons par la suite que ce travail auprès d'enfants aussi démunis mobilisait une importante énergie psychique chez les soignantes, en plus de l'investissement physique lié aux tâches du quotidien.

Nos représentations collectives de l'hôpital psychiatrique nous renvoient à la thématique de la relégation, de la promiscuité et des traitements déshumanisants. Celles des lieux d'institutionnalisation des enfants nous attachent à des images sordides d'orphelinats, lieux d'abandon et d'exclusion sources d'hospitalisme. Tout récit portant sur l'histoire de la psychiatrie y fait référence en évoquant les anciens pavillons de défectologie.

Pourtant, ce rapport d'activité daté de 1959 montre que des efforts étaient déployés pour rendre le service d'enfants inéducables aussi chaleureux que possible :

Les locaux sont divisés en deux pour séparer les sexes.

Nous avons des petits dortoirs boxes, aménagés coquettement. Les lits sont identiques à ceux préconisés dans les collectivités d'enfants normaux. Nous disposons de quelques petits lits formant berceaux pour les enfants ne marchant pas.

Nous avons dû néanmoins mettre les petits garçons très retardés (âge réel : huit ans, âge mental : deux ans) du côté des filles moins turbulentes. Ils sont placés dans des parcs ou dans des babytrotters.

Aucun enfant ne reste alité. Certains sont placés en fauteuil roulant.

Les salles de séjours sont meublées de tables hexagonales de différentes hauteurs.

(Docteur D., *op. cit.*, p. 49)

Plus loin, nous découvrons une réalité quotidienne très inconfortable, qui se rapproche davantage des représentations de relégation et de délaissement institutionnel. Nous comprenons mieux la difficulté de maintenir une équipe d'infirmières stable, malgré les propositions de la médecin-chef pour remédier aux différentes difficultés qui s'imposaient :

Trois problèmes se posent après six mois de fonctionnement :

- 1) Le bruit
- 2) L'entretien des murs
- 3) Le chauffage

1) Le bruit :

Les enfants de très bas niveau crient beaucoup. La répercussion de ces cris dans une salle sonore crée un grand surcroît de fatigue pour le personnel. Nous croyons qu'en grande partie les difficultés rencontrées par les infirmières à s'habituer à ce service ont été dues à cet important facteur.

L'insonorisation du plafond des salles de jour, telle que nous l'avons vu faire dans d'autres services d'enfants inéducables transformerait radicalement l'ambiance.

2) L'entretien des murs :

Les enfants inéducables détruisent et salissent. Le sol en carrelage facilement lavé garde son éclat. Par contre, les murs ont vu au bout de deux mois leur peinture ternie par la nécessité de lavages fréquents. Un revêtement de un mètre de haut en carreaux de faïence permettrait une véritable économie de main d'œuvre et de peinture si on veut que ce service garde son aspect coquet. Cette solution déjà adoptée dans mon pavillon de Vieillards a donné les meilleurs résultats.

3) Le chauffage :

Le chauffage est défectueux. Cet hiver, les petits n'ont pas été levés pendant plusieurs jours et les veilles hésitaient à changer les enfants en raison du froid. On ne pouvait aérer suffisamment de ce fait.

Nous espérons que la remise en état de la centrale thermique auquel ce problème est lié améliorera la situation cet hiver. (*ibid.*, p. 50)

Bien que ce tableau sans fard soit saisissant et révélateur d'une réalité difficile, le projet thérapeutique reste riche. Il accorde une grande place à l'hygiène physique (la qualité de la nourriture, des soins pédiatriques et orthopédiques...) qui n'est pas sans nous rappeler le projet d'Édouard Séguin, à un siècle d'écart. L'importance des activités quotidiennes a été également pensée et adaptée à cette population spécifique. On y retrouve la place de l'activité physique à visée rééducative, mais on y découvre en plus l'investissement de la vie collective, la place de la culture et l'ouverture vers l'extérieur :

Nous avons pour ces occupations partagé les enfants en trois niveaux suivant l'âge mental plus ou moins bas d'une part et suivant l'âge réel : les grands et les petits.

Il suffit de multiplier sans cesse la diversité des occupations pour s'adapter à l'instabilité foncière des enfants. Chaque matin les enfants se retrouvent par groupe dans la salle de classe aménagée à cet effet. Suivant le niveau, les uns écoutent une histoire, d'autres dessinent ou fabriquent des objets en carton. Les plus bas s'amuse avec des cubes ou déchirent des revues.

Le sport se pratique de la même manière : les grands utilisent le portique ; les petits apprennent à courir ou à marcher.

Les plus grands aident dans une petite mesure à des petits travaux ménagers : mettent la table avec l'infirmière ou distribuent les couverts. Ils profitent ainsi d'un petit pécule.

Chaque jour, les enfants font une grande promenade dans le parc de l'établissement.

Chaque semaine une promenade est organisée en dehors de l'enceinte.

Cet été, ils ont été emmenés en car vers une plage et la réussite a été probante.

Des spectacles proportionnés à leur âge sont fournis :

- La lanterne magique, les jours de pluie ;
- La télévision à la 1<sup>ère</sup> section-femmes chaque jeudi.

Des permissions sont largement accordées aux familles. Des infirmières emmènent fréquemment chez elles des enfants, le jour de leur repos.

Nous aurions intérêt à avoir de plus en plus pour ce service des infirmières ayant profité de stages spéciaux de perfectionnement à type C.E.M.A. car il s'agit de techniques légèrement différentes de celles proposées pour les adultes. (*ibid.*, p. 52-53)

Difficile de savoir si ce programme si dense était tenable au quotidien. Mais retranscrire ces extraits dans leur longue intégralité nous projette dans l'histoire. Nous y retrouvons l'impact de la psychothérapie institutionnelle qui était alors en pleine expansion. Rappelons que Roger Misès reprenait la direction de la Fondation Vallée à la même période. La notion d'ambiance, chère à Jean Oury, est évoquée à plusieurs reprises et semble tenir une place très importante dans les propositions du médecin.

Nous ne nous priverons pas ici de rapporter une anecdote : lorsque nous avons rencontré le veuf de la créatrice du service, nous l'avons invité à nous rencontrer à la maison d'accueil spécialisée. Sur le départ, il nous dit alors « Bon, peut-être que dans le service des enfants, c'était moins propre et ça sentait moins bon. Mais c'était quand-même plus gai qu'ici ! » L'implication des soignants et leur formation aux méthodes actives, les tentatives de participation de patientes stabilisées, la préoccupation constante du bien-être des enfants, le travail du lien avec les familles sont des éléments qui révèlent le

dynamisme d'un projet thérapeutique venant contrer nos représentations asilaires dépourvues d'humanité.

Les propositions de méthodes actives instituées auprès de cette population en ont fait un service innovant et réputé. Cette orientation est alors devenue une spécificité institutionnelle historiquement reconnue dans la région et elle a entraîné un accueil conséquent d'enfants déficitaires. Ce service répondait aussi en partie à la circulaire du 27 août 1963. Peu à peu, ceux qui étaient en mesure de s'y adapter ont été orientés vers les institutions médico-sociales associatives ouvrant dans la région, puis, beaucoup plus tard, la maison d'accueil spécialisée a pu accueillir ceux qui présentaient des troubles du comportement plus envahissants. Mais il y a aussi des patients pour qui l'adaptation hors de l'hôpital a échoué, et qui vivent encore dans les services de longue évolution de cet hôpital. Soixante-dix ans plus tard, l'institution hospitalière se trouve donc devoir tenir compte de son passé qui s'avère aujourd'hui à contre-sens des politiques de santé, puisqu'elle compte encore dans ses effectifs des patients déficitaires dont la présence est interrogée (cf. notre intermède).

Nous savons que cette situation est loin d'être unique en France. En 1996, c'est pour tenter de résoudre cette problématique nationale que l'État a réformé l'hospitalisation publique et privée en donnant aux établissements de santé la possibilité de créer et de gérer des établissements médico-sociaux régis par la loi du 30 juin 1975. Notre intermède a tenté de faire le lien entre l'évolution des politiques de santé mentale au cours du XX<sup>ème</sup> siècle et le destin des patients déficitaires, notamment lorsque la réforme gestionnaire des hôpitaux psychiatriques a été entérinée en 1982. Depuis le rapport Demay, les politiques de santé se sont succédées avec l'idée d'une part, d'abolir la fonction sociale d'asile et d'autre part, de faire en sorte que les personnes avec déficience intellectuelle et/ou des troubles psychotiques déficitaires ne soient plus accueillies au long cours à l'hôpital psychiatrique.

#### REPRÉSENTATIONS DÉVALORISANTES ET DÉSHUMANISANTES DES « SERVICES D'ARRIÉRÉS »

Il serait intéressant de recenser les établissements français ayant accueilli – et accueillant encore – des patients déficitaires aux troubles du comportement envahissants. Le peu d'ouvrages de témoignages d'infirmiers de secteur psychiatrique dont nous avons



connaissance évoquent toujours les mêmes patients dits « déshérités », rencontrés au décours d'un « quartier de gâteaux » (Roumieux, 1974, Fleuré, 2011). L'expérience des soignants de l'hôpital psychiatrique de l'Eau-Vive (Soisy-sur-Seine, secteur du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris) nous apprend qu'eux aussi étaient confrontés à la difficulté posée par l'accueil de patients arriérés profonds (Eberentz et coll., 1978) et qu'une unité pour adultes y avait été créée en conformité avec la circulaire du 27 août 1963. C'est à partir de 1970, qu'il y a été décidé de regrouper ces patients réputés difficiles dans deux unités dédiées – l'une de jour et l'autre de nuit – afin de tenter de résoudre la situation d'abandon qu'ils subissaient au sein des pavillons de l'hôpital psychiatrique. Leur réflexion menée durant les cinq premières années de fonctionnement de ces unités montre une démarche de recherche pour l'amélioration de la vie quotidienne de ces patients, qui s'appuie sur la rencontre humaine et la singularité de chacun. Un siècle après l'amélioration prônée par Séguin au moyen d'une approche éducative comportementaliste, l'orientation clinique de l'équipe de l'Eau-Vive montre l'émergence à cette époque d'une approche de psychothérapie institutionnelle prenant en compte la spécificité de cette population. Les deux défendent la nécessité de s'engager avec créativité dans une recherche de propositions alternatives à une prise en charge traditionnelle, qui risquerait de mettre à mal l'évolution de ces patients à l'altérité étrangement inquiétante :

Pour apprécier l'évolution, on peut aussi essayer d'imaginer ce que seraient devenus la plupart des patients s'ils n'avaient pas eu l'occasion d'être pris en charge d'une manière spécifique. Certains auraient fini leurs jours attachés, ou au moins enfermés dans une chambre nue. Niés dans leur réalité, transformés en objet, puisque aucune médiation par le langage n'était possible, insupportables aux hommes et aux femmes chargés de s'en occuper, ils auraient peut-être même contribué à détériorer les relations que les soignants pouvaient avoir avec les autres malades mentaux de l'hôpital. On nous a dit que, par l'intérêt porté à ces malades, nous avons assuré une sorte de santé à l'ensemble de l'hôpital. (*ibid.*, p. 187-188)

Rappelons qu'à partir de l'après-guerre, la qualité des conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques s'est avérée très disparate d'une région à une autre. Nous avons vu avec les travaux d'Isabelle von Buelzingsloewen que les hôpitaux psychiatriques français n'ont pas développé la même survivance au drame de la Seconde Guerre mondiale, laissant des traces traumatiques tout aussi contextualisables. Ensuite, la loi du 15 mars 1960 réformant la psychiatrie fut assez longue à se mettre en place dans certaines régions

de France et chaque hôpital n'a pas bénéficié de la même impulsion apportée par le mouvement de psychothérapie institutionnelle. Enfin, il nous semble que le texte du 27 août 1963, complétant celui du 15 mars 1960 qui n'évoquait alors pas le sort des arriérés, n'a pas été appliqué de façon harmonieuse en France. En ce qui concerne l'hôpital qui nous intéresse, les soignants retraités situent une première étape « d'humanisation de l'hôpital » autour de la fin des années 1970, puis une seconde au cours des années 2000 (Guillemain, 2018). Jusqu'alors, l'histoire de la psychiatrie en France et les récits des soignants ayant travaillé à l'hôpital jusque dans les années 1990 – notamment dans les pavillons adultes – viennent nourrir nos représentations qui se mêlent à des images proches de celles des tableaux de Goya. La promiscuité, le manque de personnel qualifié, le statut dévalué des quartiers accueillants des patients déficitaires sont des dimensions qui ont certainement impacté la construction psychique des personnes hospitalisées au long cours. Si les sujets sont porteurs de l'histoire institutionnelle, l'équipe ne manque pas de se la remémorer, notamment pour la transmettre aux nouveaux arrivants.

Les conditions de vie à l'hôpital de ce groupe de patients n'ont été décriées que très tardivement, vers la fin du XX<sup>ème</sup> siècle, lorsque nos instances ont acté la nécessaire disparition de l'asile. L'ouverture des services, le développement des équipes extrahospitalières et l'idée première de psychiatrie sociale ont bénéficié à de nombreux patients de la psychiatrie publique. Mais peut-on avancer que cette évolution a cessé de correspondre aux conditions d'accueil dont avaient besoin les patients aux pathologies de type archaïque, quand elles étaient contenantes et ritualisées ? Peut-on dire de l'asile qu'il pouvait être thérapeutique, quand les images que l'on en retient sont celles de la dépersonnalisation ? Les avis restent partagés chez les anciens soignants. Les uns soutiennent les bénéfices de la mixité sociale et psychopathologique, donnant une place à chacun et pouvant même assurer aux plus vulnérables d'être protégés. D'autres soulignent la relégation des sujets les moins autonomes qui engendrait leur régression et leur risque de se trouver victime des attaques et des cruautés, tant d'autres patients que de soignants aux pulsions mal contrôlées.

L'expérience institutionnelle de l'hôpital de l'Eau-Vive, contemporaine de la *tentative* anti-institutionnelle de Fernand Deligny, révèle toujours le même questionnement quant à la place parmi les autres que nous pouvons accorder à ces sujets. Dans leur préface, René Diatkine et René Angelergues les désignent comme « des exclus à l'intérieur d'un lieu qui reste d'exclusion » (Eberentz et coll., *op. cit.*, p.7). Leur propos, daté de 1978,

fait lien avec la recherche récente de Fleur Michel (2009) au sujet de l'espace dévolu aux personnes handicapées mentales au fil des époques. En pointant la difficile intégration de ces patients au sein de l'hôpital psychiatrique, ils révèlent ainsi leur incommensurable altérité, qui tend un miroir brisé dans lequel les autres patients ne peuvent se reconnaître (Korff-Sausse, 1996). En outre, si leur différence rend l'identification narcissique de l'autre si difficile, voire si redoutable, Henri-Jacques Stiker nous rappelle combien la confrontation à notre « double monstrueux » révèle nos propres vulnérabilités (1982, p. 216). La première solution qui s'offre à nous est alors de faire disparaître le stigmate ou de s'en détourner pour conserver une chance de nous maintenir dans une norme socialement acceptable, tout en gardant un œil sur lui afin de le « regarder avec défiance pour conjurer le mal qui pourrait nous atteindre » (*ibid.*, p. 216). René Diatkine et René Angelergues posent ainsi le problème :

Mais la démesure même de la différence qui sépare de nous ces arriérés profonds – quel que soit le nom qu'on leur donne – interdit tout recours simpliste à une « sociogénèse » de leur maladie ; elle nous contraint à affronter le vrai problème : qu'est-ce qu'un être humain, quelle que soit son apparence, de quoi et par quoi vit-il ? Qu'est-il dans la communauté ou la société des hommes, que peut-il advenir et que font de lui cette communauté et cette société ? (Dans : Eberentz et coll., *op. cit.*, p. 7)

Nombre d'hôpitaux psychiatriques ont été confrontés – et le sont encore aujourd'hui – à la difficulté d'accueillir des patients dont le comportement n'est « adéquat » au sein d'aucune communauté, les exclus des exclus. S'il s'avère que certaines institutions ont été plus créatives que d'autres, l'espace qui leur est dédié reste marqué par le concept de mésinscription. Celui-ci contamine leurs soignants, et le témoignage de l'équipe de l'Eau-Vive montre la tension institutionnelle dont ceux-ci tentent constamment de se dégager. Ce ressenti n'épargne pas les soignants de la maison d'accueil spécialisée qui nous intéresse. Très fréquemment, ils rapportent un sentiment de dévalorisation par rapport à leurs collègues de l'hôpital psychiatrique, qui feraient un travail plus « noble ». Notre première piste de compréhension associe la dévalorisation des soignants au statut liminaire des patients très déficitaires et à la grande difficulté de les inclure parmi les autres. Ainsi, dans un effet d'engrènement, leurs soignants se fantasmeraient tout autant exclus de la communauté soignante de l'hôpital.

La situation géographique de la maison d'accueil spécialisée qui se trouve juste à l'entrée du parc, avant la loge filtrant les entrées et sorties de l'établissement psychiatrique, révèle

une distinction institutionnelle. L'idée fondatrice était de signifier la fin de l'hospitalisation des nouveaux accueillis lors de leur admission à la maison d'accueil spécialisée. Son instance directrice et son financement sont également spécifiques, même si les moyens sont mutualisés et que les salariés le sont par l'hôpital. Le « pôle médico-social » qui se différencie ainsi des services de psychiatrie a donc été créé à l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée qu'elle constituait à elle seule. Une recherche identitaire au sein des équipes s'est alors déployée depuis sa création, devant composer avec le sentiment d'une mise à l'écart qui croise l'histoire de la déficience intellectuelle profonde. D'ailleurs, l'actualité récente de l'attribution de la « prime Ségur de la santé » aux agents de la maison d'accueil spécialisée près d'un an après que ceux de l'hôpital y ont eu accès a fortement ravivé ce sentiment. Remarquons au passage que certains salariés des établissements médico-sociaux privés peinent encore à l'obtenir.

Mais aussi, les relations entre les champs de la psychiatrie et du médico-social s'avèrent complexes depuis toujours, notamment parce qu'elles ont longtemps révélé une division conceptuelle entre le handicap et la maladie. Historiquement, les représentations collectives de l'infirmité et du handicap, tout comme la place de ces sujets dans le groupe social, renvoient à une prise en charge essentiellement somatique. Être éducateur en maison d'accueil spécialisée pose encore aujourd'hui chez de nombreux professionnels toute la difficulté de s'engager dans un accompagnement éducatif sans se trouver contraint par une prise en charge médicale trop prégnante, le clivage se montrant difficilement surmontable. Mais progressivement, les professionnels de la psychiatrie ont dû eux aussi intégrer une dimension éducative dans leurs pratiques, tout comme ceux du secteur social et médico-social se sont engagés vers une compréhension du sujet davantage psychologique ou psychopathologique, en se tournant vers la psychiatrie. L'évolution législative en France tend à asseoir l'idée d'une mixité des pratiques médico-sociales et d'une nouvelle spécificité de la psychiatrie, désormais officiellement consacrée à la curabilité des états aigus. Nous avons vu que les orientations de la réhabilitation psychosociale, soutenues par le principe de rétablissement, nécessitent également d'élaborer des pratiques qui soient davantage transdisciplinaires. Cette orientation se heurte encore aux assises historiques, mais aussi culturelles et logistiques de cette dichotomie entre les secteurs d'intervention. En résultent des mécanismes défensifs qui opèrent, entre autres, sous forme de résistances et d'opposition d'un secteur face à l'autre. Les pratiques professionnelles diffèrent entre ces deux secteurs, dans la

mesure où cultures et formations ne se rencontrent pas, laissant chaque corps professionnel aux prises avec des représentations fantasmatiques et des résistances empêchant un réel décloisonnement des pratiques, tel qu'il est prôné par nos instances. D'une part, les équipes éducatives du secteur médico-social rapportent souvent ne pas avoir été formées ni sensibilisées à l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques ; il est d'usage de dire d'un sujet présentant des manifestations aiguës « qu'il relève de la psychiatrie », dans la mesure où celle-ci serait davantage en mesure de traiter médicalement les personnes présentant des états clastiques ou trop dissociés. Les pathologies psychiatriques inquiètent, en lien avec nos représentations archaïques de la folie. D'autre part, il apparaît que les équipes soignantes en psychiatrie semblent peu mobilisées par la déficience intellectuelle profonde, position ancienne que l'on peut d'abord lier à l'idée de l'incurabilité telle que nous l'avons abordée.

Une professionnelle de santé qui avait débuté en tant qu'infirmière dans le « service des enfants où les enfants avaient bien grandi » a témoigné d'un sentiment d'impuissance, en disant qu'elle s'était sentie incompétente, sans réponse face à l'archaïque :

*Peut-être qu'on était un peu démunis. Je me dis que mon diplôme d'infirmière ne m'amenait pas à travailler avec ces gens-là et peut-être que si j'avais été éducatrice, peut-être que si j'avais été monitrice-éducatrice, j'aurais eu d'autres armes. Là en fin de compte mon métier, avec l'expérience de maintenant, je sais que si demain j'arrive dans un service comme ça, je sais que je pourrais amener des choses qui ne sont pas forcément des choses chères. Mais là je ne savais pas. Je pense qu'on n'était pas formés pour prendre en charge ces gens-là et donc qu'on n'avait peut-être pas les compétences nécessaires. Je pense que j'étais démunie.*

On peut alors comprendre que l'impuissance puisse générer la réponse défensive du désintérêt chez des professionnels ainsi insécurisés. Et si l'on évoque assez couramment les représentations véhiculées par les pathologies psychiatriques, nous remarquons que celles liées à la déficience intellectuelle restent tues ; les préjugés négatifs transmis par ce terme de « défectologie » s'avèrent difficilement dicibles, phénomène que l'on peut relier à la dévalorisation ainsi transmise du patient au soignant.

Pourtant, Philippe Chavaroche (2021) observe que depuis ces dernières années, les établissements médico-sociaux ouvrent leurs portes à une population nouvelle, aux pathologies psychiatriques de moins en moins stabilisées. Ce phénomène résultant de l'évolution des politiques de santé mentale se trouve aujourd'hui concrétisé et renforcé

par le décret du 20 mars 2009<sup>52</sup> qui fait disparaître la notion de stabilisation, organisatrice du champ médico-social jusqu'alors. Si les professionnels des deux secteurs traversent de ce fait une crise identitaire, Philippe Chavaroche s'inquiète de la souffrance psychique que cette situation instable génère chez les professionnels du médico-social. Il décrit ainsi cet important changement de paradigme, générateur de sentiments mêlés d'impuissance, d'abandon et d'illégitimité :

Le secteur médico-social n'est plus protégé de la folie comme il pensait l'être lorsque l'hôpital psychiatrique accueillait et « gardait » sur de très longues périodes ces personnes, et dont le handicap mental recouvrait des troubles psychiques incompatibles avec les exigences de mise en activités et de socialisation sur lesquelles reposait son identité. Il ne faut certainement pas regretter cette époque du « grand enfermement », mais ces évolutions ne sont pas sans poser de nouvelles questions, notamment sur les conditions nouvelles et relativement inédites dans lesquelles elles pourront être soignées dans le secteur qui majoritairement les accueille : le secteur médico-social. (p. 18-19)

Les pratiques professionnelles auprès des personnes déficientes intellectuelles se sont d'abord organisées autour de la thématique centrale de l'amélioration. La méthode d'Édouard Séguin en avait construit les fondements. Même si sa position paraissait complexe, Édouard Séguin a développé sa méthode éducative à l'hôpital de Bicêtre, ce qui nous montre le caractère originel du recours aux éducateurs en psychiatrie. Puis, les apports de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle sont venus nourrir une démarche clinique pour développer des pratiques privilégiant la relation, articulées à l'utilisation des médiations éducatives, notamment dans le cadre de la vie quotidienne. Le secteur du médico-social, qui a commencé à se déployer à partir des années soixante, s'est d'abord appuyé sur ces conceptions théoriques. Il est intéressant d'observer que durant toute cette période d'essor, les pratiques soignantes et éducatives s'articulaient et se rejoignaient autour du sujet. Roger Misès et Roger Salbreux, avec leurs équipes, défendaient l'idée d'une psychiatrie médico-sociale en créant des liens entre la pédopsychiatrie (la psychiatrie adulte dans une moindre mesure) et les institutions médico-sociales. En s'appuyant sur les principes de la thérapie institutionnelle, ils soutenaient qu'une dimension soignante dans ces institutions apportait un regard clinique envers les personnes accueillies mais aussi une dynamique d'équipe aguerrie au

---

<sup>52</sup> Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie

maniement des effets transférentiels et contre-transférentiels des liens de proximité engagés. Dans un contexte, là aussi, de réduction budgétaire, la cohésion entre le soin et l'éducatif s'est fragilisée jusqu'à ce que les apports de la perspective soignante soient minimisés et quasiment désavoués (Salbreux, R, 2006). Ses inquiétudes montrent l'évolution d'un état de tension où les acteurs médico-sociaux chercheraient à se départir d'une influence médicale, jugée intransigeante. Le développement de la méthodologie du projet personnalisé a peu à peu entraîné les institutions dans une dynamique évaluative mettant au premier plan des objectifs tels que l'autonomie et la performance, qui reprennent le concept princeps d'amélioration, d'un point de vue comportementaliste. Avec l'évolution des politiques hospitalières, si l'annonce de l'arrivée dans ces institutions d'une nouvelle population souffrant de troubles psychiques a beaucoup inquiété, elle est aujourd'hui devenue concrète et massive. En l'absence de réels moyens pour pouvoir la penser, une dynamique réflexive autour des pratiques professionnelles s'impose néanmoins. L'inquiétude de Philippe Chavaroche se rapporte aux grandes difficultés des équipes à prendre en compte les nouveaux besoins de ces accueillis, dont la prise en charge diffère fondamentalement de celle des personnes relevant historiquement des orientations du champ médico-social, à la déficience dite harmonieuse. Nous avons vu le lien entre ce changement et l'apparition de la notion de handicap psychique. Pour Philippe Chavaroche, elle engagerait une compréhension erronée de la condition du sujet, qui serait maintenant d'abord handicapé avant d'être malade. Ainsi, cette nuance produirait une confusion dans la mesure où le traitement visant à la réduction du handicap engendré par la maladie objective le sujet, sans tenir compte de sa souffrance psychique productrice de symptômes. Les troubles du comportement liés à l'angoisse psychotique seraient difficilement accueillis et compris. Philippe Chavaroche alerte quant à la nécessité d'accompagner les professionnels des établissements médico-sociaux à élaborer leurs pratiques autour de fondements psychopathologiques qui, au fil du temps, ont été envisagés comme l'apanage des soignants de psychiatrie. Il s'agit donc de mettre en évidence la dimension soignante de dispositifs ayant été conçus, ces dernières années, en privilégiant une dimension éducative et rééducative, parfois au détriment du soin.

Cette problématique n'est finalement pas si nouvelle. Elle a émergé dès les années 1990, au moment où il était envisagé que les hôpitaux psychiatriques puissent créer et gérer des institutions médico-sociales. Si aujourd'hui elle concerne l'ensemble des pathologies

mentales lorsqu'elles se chronicisent et deviennent déficitaires, le questionnement s'est posé au commencement à propos de la population qui fait l'objet de notre thèse, que l'on nommait encore « les arriérés profonds ». Un article de mai 1992, paru dans l'*Information psychiatrique*, remarquait déjà les difficultés rencontrées par les acteurs des maisons d'accueil spécialisées et des foyers de vie vis-à-vis de leurs troubles du comportement (Jaeger, M. et coll., 1992). Les auteurs mentionnaient alors le travail spécifique de l'hôpital l'Eau-Vive, dont Alain Braconnier était médecin-chef, en présentant ainsi leur démarche réflexive :

L'association de santé mentale du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris développe, depuis une vingtaine d'années, une réflexion autour des objectifs thérapeutiques, des réponses institutionnelles et des pratiques soignantes concernant ces personnes, avec en arrière-plan une interrogation plus générale sur les phénomènes d'exclusion dont elles peuvent être victimes. (p. 480)

Les auteurs constataient alors la difficulté posée par la délimitation structurelle entre handicap mental et maladie mentale « tant sur le plan des approches cliniques que sur celui des classifications et des fonctionnements institutionnels » (*ibid.*, p. 480). Ils expliquaient que l'accueil de ces patients adultes se faisait historiquement en psychiatrie, d'une part, par manque de structures alternatives du secteur médico-social, mais d'autre part du fait d'un « défaut de confiance des professionnels de la psychiatrie dans les MAS, considérées à tort ou à raison comme des lieux d'abandon à des personnels insuffisamment qualifiés » (*ibid.*, p. 480). Nous comprenons dès lors que le sentiment de dévalorisation des professionnels des institutions médico-sociales est inscrit dans l'histoire et est un élément constitutif de l'opposition des deux secteurs. Pourtant, l'inadéquation des services de psychiatrie est aussi dénoncée, d'abord par les instances gestionnaires qui commencent à y interroger la présence de ces patients :

Cette volonté d'apurer les effectifs de l'hospitalisation complète en psychiatrie correspond au constat d'une chronicisation dans des pavillons isolés, hors du temps, dans des microcosmes sécurisants où sont réglés de façon immuable et quasi automatique l'habillement, le couchage, la nourriture. La chronicité de la maladie se double souvent de la chronicité institutionnelle. Si l'hôpital psychiatrique est à la fois lieu de soins et lieu de vie, il peut aussi être un lieu de dépersonnalisation : la promiscuité, le bruit, la vie communautaire et l'impossibilité d'aménager pour le patient une vie personnelle concourent à favoriser la perte d'identité. Si la question se pose aussi pour les MAS, le



principal problème pour la prise en charge hospitalière est alors de donner au soin une place centrale. (*ibid.*, p. 481)

Ils concluent sur la nécessité de ne pas sous-estimer la pathologie de ces accueillis en leur offrant qu'une réponse sociale. En 1992, soit dix ans après la parution du rapport Demay, les perspectives d'orientation des patients vers le secteur médico-social se précisaient. Les auteurs ont fait la proposition d'inverser ce mouvement en suggérant de préserver la place centrale du soin dont ces patients ont fondamentalement besoin et d'aménager leur accès à des actions éducatives et sociales. C'est en effet ainsi qu'a travaillé l'équipe de l'hôpital de l'Eau-Vive, et les patients de leurs deux unités spécialisées ont montré des évolutions plutôt positives. Force est de constater que leur proposition n'aura pas été retenue par les instances gestionnaires des hôpitaux publics, pour les raisons que nous avons développées dans notre intermède.

Pour revenir à l'hôpital qui nous intéresse, l'évolution du service des enfants est d'abord décrite dans une continuité du projet de sa création, même si les « enfants » sont devenus des adultes. Un médecin nous livre son regard sur le service au cours des années 1980, alors qu'il était jeune interne :

*Les médecins étaient présents, la médecin-chef descendait, les PH<sup>53</sup>, les internes, il y avait toujours un regard, ils venaient voir les équipes. Il y avait des réunions bi-hebdomadaires où on parlait du service des enfants. Noël, c'était des fêtes où on invitait les familles, il y avait des fêtes, de réelles fêtes, avec un réel souci d'humanité. Dans cette reconnaissance, les vieux soignants qui étaient là n'avaient de cesse que d'essayer d'apporter de l'humanité. On est loin de la psychiatrie là, on est dans quelque chose de beaucoup plus concret : et je te fabrique dans des grandes marmites de la bouillie pour donner des suppléments alimentaires parce que lui ne mange pas très très bien, on décale les repas... On invente des trucs qui sont positifs. Bon on en invente aussi d'autres qui sont beaucoup moins reluisants.*

*C'est un métier extrêmement difficile. C'est là que j'ai entendu pratiquement tous les jours « mais vous, vous n'êtes pas avec eux pendant huit heures ! », quand on en vient à faire des reproches : « mais pourquoi vous faites ci, mais pourquoi vous faites pas ça, mais lui pourquoi il est à poil, mais mettez-le à table avec les autres ! », on me répondait « mais vous vous êtes là pour six mois, nous on est là depuis vingt ans ». Mais quand on vient de l'extérieur, on s'aperçoit que l'intolérable, comme les automutilations, les tout-nus, ça*

---

<sup>53</sup> Praticiens hospitaliers

*devient tolérable à force. Ça c'est toujours l'utilité d'une vision de quelqu'un qui ouvre la porte pendant dix-vingt minutes et qui s'aperçoit de... Ça c'est important de le faire comprendre aux équipes pour qu'on en parle tous ensemble.*

*Mais il y avait des moments très enrichissants avec des vrais liens d'équipe, et aussi avec les patients, des moments de psychothérapie institutionnelle. À cette époque, il n'y a pas d'autre corps de métier que les ISP. Donc il faut trouver du sens. Vous êtes infirmier de secteur psychiatrique et vous allez dans une unité où il n'y a que du polyhandicap et de l'arriération mentale profonde. Donner du sens psychiatrique là-dedans, c'est un peu complexe. Donc il faut réfléchir sur un niveau beaucoup plus observationnel, beaucoup plus subjectif, voire même à d'autres choses. Les interconnexions avec le groupe, avec l'environnement c'est compliqué mais le ressenti qu'on a dans des attitudes transférentielles et contre-transférentielles ça c'est très intéressant.*

Ce témoignage nous montre une évolution où patients et soignants ont vieilli ensemble, dans une routine de la vie quotidienne où chacun s'adaptait à l'autre, presque dans l'effacement de l'étrangeté ou dans sa contamination. La nécessité « d'ouvrir la porte » du dehors pour porter un regard à ce dedans montre le risque de l'entre-soi, voire de fantasmes d'auto-engendrement, dans ces services si particuliers. D'autres témoignages évoquent en effet un contexte de sédimentation du service des enfants, tant chez les patients que chez leurs soignants. L'ambiance semble s'être dégradée au moment où des remaniements institutionnels ont souligné l'inadéquation de ces patients en psychiatrie. Nous y viendrons.

Pour conclure ce propos, nous interrogeons une fois de plus la place dévolue aux personnes avec des pathologies dites archaïques. De l'expérience de l'hôpital de l'Eau-Vive à la *tentative* de Fernand Deligny, la diversification des initiatives révèle une instabilité institutionnelle en matière d'accueil de ces personnes. Celui-ci semble s'être construit en fonction de la mobilisation de fondateurs, quel que soit leur champ d'appartenance théorique et professionnel. Il s'agissait donc à chaque fois d'initiatives locales et isolées. Si nous observons que les personnes avec des pathologies de type archaïque n'étaient assignées à aucune place formelle, nous ne pouvons que faire le lien avec le rejet qu'elles suscitaient au point de ne pouvoir être accueillies nulle part... Et partout !

De cette difficulté à trouver une place institutionnelle, une impression de relégation reste prégnante et s'apparente à la question de l'appartenance qui s'est longtemps posée – et se

pose encore – chez les professionnels. L'énigme « mais que font tous ces idiots à l'hôpital ? » que nous avons convertie en « mais que fait cette maison d'accueil spécialisée à l'hôpital ? » pourrait aussi se poser en tant que « mais que fait donc cette équipe éducative à l'hôpital ? ».

## CONSTRUIRE LA PRATIQUE CONTRE CELLE DE L'ASILE

La maison d'accueil spécialisée n'avait pas dix ans lors de notre arrivée, c'est assez récent pour une institution, notamment pour la construction d'un narcissisme d'équipe. Paul Fustier (1999) avance que le travail psychique d'une équipe s'appuie sur le mythe fondateur de son institution :

Un des axes principaux du travail psychique de l'équipe est un travail sur l'origine, à partir duquel s'interroge le lien existant entre la fondation (ou la refondation) de l'institution et le présent, ce qui s'y passe actuellement. Cet axe diachronique fait appel à une légende des origines, transmise par des récits qui se présentent généralement comme historiques, mais dont la forme et le contenu évoquent le plus souvent des mythes ou légendes, rendant alors indécidable la part de réalité que contient le récit. (p. 7)

Lorsque nous nous sommes intéressée à la généalogie de la maison d'accueil spécialisée, nous n'avons pas découvert d'ancêtre fondateur désigné, c'est un texte de loi qui en est l'origine. Pour présenter l'institution, ses intervenants évoquent fréquemment l'histoire institutionnelle des accueillis et la multiplicité des récits semble s'organiser en une histoire partagée et fondatrice.

Les études d'anthropologie structurale de Claude Lévi-Strauss (1958, 1982) montrent de quelle façon les sociétés se sont édifiées au moyen de mythes organisateurs. Ce sont la diversité et la richesse de leurs versions qui constituent le feuilletage de la construction mythique. Tous ces récits prennent sens ensemble, même lorsqu'ils sont antithétiques, au moyen d'une pensée symbolique aux propriétés communes, en tenant compte de leurs différents niveaux de réalité qui s'agencent dans un système à plusieurs codes.

« Attention à ne pas réécrire l'histoire ! On te racontera sûrement des choses qui ne sont pas vraies », nous prévenait un médecin. Mais notre démarche de psychologue clinicienne ne peut être celle d'une historienne, elle s'intéresse aux mouvements inconscients qui ont justement transformés l'histoire.

Paul Fustier (1999) nous le rappelle :

Répetons-le, on ne saurait considérer que le récit est historique alors qu'il est légendaire. Il ne permet pas de savoir ce qui s'est réellement passé dans les premiers temps de la fondation, il dit la vérité de la puissance du désir, il ne dit pas la réalité des événements.  
(p. 11)

Le mythe institutionnel s'est ainsi construit à partir du récit d'anecdotes qui décrivent les anciens services hospitaliers en rapportant des pratiques qui pourraient sembler d'un autre temps, bien qu'elles ne soient pas si anciennes. Elles sont mêlées à des notions historiques plus généralistes, mais aussi à des bribes d'histoire de vie des accueillis. Nous en avons retrouvé des traces lors de nos entretiens de recherche, mais le mythe institutionnel, tel qu'il nous a été raconté lors de notre arrivée dans l'institution, s'il n'est pas la réalité, a un contenu édicatoire.

Ce processus vient rencontrer l'organisation du « roman mémoriel », syntagme proposé par Régine Robin (1989) qui s'appuie sur le concept freudien de roman familial :

La mise en rapport qu'institue le syntagme « roman mémoriel » implique qu'on ait affaire à un ensemble de textes, de rites, de codes symboliques, d'images et de représentations où se mêlent dans une intrication serrée l'analyse des réalités sociales du passé, des commentaires, des jugements stéréotypés ou non, des souvenirs réels ou racontés, des souvenirs écrans, du mythe, de l'idéologique et de l'activation d'images culturelles ou de syntagmes, vus, lus, entendus, qui viennent s'agglutiner à l'analyse. (p. 1)

C'est avec sa structure hybride et syncrétique que les sujets d'un groupe s'approprient le roman mémoriel en donnant un sens au passé qui l'emporte sur une réalité chronologique et expertisée. Régine Robin observe que l'histoire est d'abord gérée de façon officielle par nos dirigeants, dont la pensée dominante va réaménager et rationaliser les traces du passé afin de les rendre conformes à sa maîtrise idéologique, de façon plus ou moins autoritaire selon son cadre politique. La mémoire savante est du registre de la science, elle est élaborée par les historiens qui interrogent, organisent et analysent les connaissances afin de leur donner une cohérence, en lien étroit avec la mémoire nationale puisqu'elle l'alimente mais en est aussi dépendante. Au fil des époques, selon le cadre politique et ses valeurs morales, la lecture de l'histoire présente donc des changements de paradigme qui inspirent l'opinion populaire. En outre, le récit dominant tend à masquer celui des minorités, au risque de créer et d'entretenir un mythe au moyen d'une réécriture des événements. Le travail de Régine Robin (2007) analyse également l'évolution de la

politique mémorielle avec le temps, notamment à propos du traitement de la Shoah en Europe.

La mémoire collective est celle du groupe. Elle est plurielle et sensible à de nombreuses influences :

C'est que la mémoire collective n'est ni chronologique, ni distanciée. Elle peut être informée par le savoir historique, dominée par la mémoire nationale, mais elle a son domaine spécifique, le légendaire du groupe, une mémoire à la fois tenace et floue. Elle aussi conserve, garde, commémore les traces, sa temporalité est cyclique et/ou uchronique, symbolique, mêlant les lieux et les dates, les confondant. (1989, *op. cit.*, p. 3)

Avec sa position épistémologique au carrefour des sciences humaines, Régine Robin met en évidence la malléabilité du roman mémoriel par des mécanismes que l'on peut associer à la métapsychologie, puisque l'on y retrouve la condensation, le déplacement et le refoulement. Hautement symbolique, la recherche de vérité n'est plus au premier plan puisque la mémoire collective s'appuie sur la narrativité, les traces discursives, et la mobilisation de l'imaginaire. Nous y retrouvons le principe ricœurien (1985) de la refiguration de l'expérience temporelle au moyen du récit. Régine Robin y associe la mémoire culturelle, forme d'appropriation sociale du passé anachronique. Le roman mémoriel est ainsi composé par les éléments de ces quatre types de mémoire, qui, par un jeu d'association et de condensation, organisent chez chacun le processus d'appropriation subjective du passé. Ainsi, la « circulation discursive et mémorielle » structurant le roman mémoriel participe à la construction identitaire du sujet mais aussi du collectif qui produit la polysémie du mécanisme.

Nous remarquons plus haut que la création de la maison d'accueil spécialisée était liée à une évolution législative. Ainsi, la maison d'accueil spécialisée n'a pas de fondateur désigné mais elle s'inscrit toutefois dans une histoire liée à la volonté politique de mettre fin à une tradition asilaire. Cette démarche n'est pas une originalité institutionnelle puisque ce mouvement national était partagé par tous les établissements accueillant ce public spécifique. Nous en déduisons que la maison d'accueil spécialisée est une conséquence de l'évolution complexe de la psychiatrie française, telle que nous l'avons exposée dans notre intermède. C'est son origine historique qui nous amène à la relier au concept de roman mémoriel proposé par Régine Robin. Bien que sa création soit volonté d'une pensée dominante, les acteurs de l'institution comprennent et restituent son histoire dans une dimension mythique atemporelle qui a une fonction historicisante. Si très peu

d'entre eux apportent une analyse politique de l'évolution de la psychiatrie française, ils s'appuient toutefois sur une organisation mémorielle liée à l'évolution de l'hôpital, auquel ils ont le sentiment d'être davantage annexés qu'intégrés.

Lorsqu'elle a ouvert ses portes en 2003 pour devenir leur lieu de vie, les anciens patients institutionnalisés sont entrés à la maison d'accueil spécialisée avec leur passé asilaire. S'ils n'étaient pas en mesure de raconter leur histoire, ils la portaient toutefois en leur corps. Leurs visages marqués par des automutilations à répétition montraient des oreilles dystrophiées, des yeux fermés ou entrouverts (la cornée est parfois atteinte par les coups), de nombreuses cicatrices, des bouches déformées et édentées... Leurs comportements archaïques et clastiques avaient été contenus pendant des années dans les unités psychiatriques et les soignants s'étaient habitués à leur bizarrerie. Leur première confrontation à l'environnement spacieux et lumineux de l'établissement flambant neuf la laissait éclater au grand jour. Tout autant déstabilisés que les accueillis, les professionnels racontent avoir été sidérés par la désorganisation généralisée de cette journée d'ouverture qui marquait leur première rencontre avec les accueillis.

Une aide médico-psychologique fait le récit de ce jour :

*C'était un grand désordre. Ils sont arrivés de là-haut par petits groupes, avec les infirmiers. Mais on ne savait pas qui était qui, on ne les connaissait pas et il fallait les répartir dans les maisonnettes, les installer dans leur chambre. Ça allait beaucoup trop vite ! Ils étaient tous habillés pareil. Et ils étaient complètement affolés et nous aussi. Ils partaient dans tous les coins, et on leur courrait après. Certains s'agitaient. On avait imaginé qu'on ferait leur connaissance tranquillement, et aussi avec les collègues qu'on ne connaissait pas non plus. Et puis leurs affaires ! Rien n'était organisé, on a été débordés. On se disait « les résidents d'abord » et toutes les affaires s'accumulaient. Moi j'essayais d'organiser, de distribuer mais je paniquais. Je me souviens de cette journée comme d'un grand bazar. Je ne me souviens même plus de ce que je leur disais, de comment je les ai rencontrés. Je me rappelle surtout de l'affolement, et aussi bien sûr que je ne les avais pas imaginés comme ça. Parce qu'ils étaient impressionnants quand-même. Là c'était brutal.*

Une aide-soignante de l'hôpital qui accompagnait les futurs-anciens patients fait également son récit de cette journée :

*Je me souviens je suis arrivée à la MAS et là... et là mais la catastrophe. Alors il y avait le directeur administratif avec l'infirmière, ils étaient en admiration devant le chariot à pharmacie flambant neuf. Et derrière eux, mais c'était un souk pas possible ! Les ouvriers*

*avaient posé dans le hall un monticule de sacs, de cartons, une catastrophe ! Donc comme rien n'était fermé il y avait des patients en train de tout déballer, ils étaient dans tous les sens. Roger qui avait trouvé les flacons de gel douche et qui les buvait... Ohlala ! Alors le personnel avait bien été dispatché, chaque AMP avait sa maisonnée, mais les résidents étaient dans tous les sens. Parce que le jour de l'ouverture, il y avait des personnels qui étaient là pour la première fois. Complètement perdus ! Donc ils sont bien arrivés à 9h dans des locaux flambant neuf, ils sont bien venus chercher les patients pour aider, mais sans savoir qui c'était. J'étais complètement désemparée ! Je ne pouvais pas tout gérer ! On me sollicitait : c'est qui ça ? Comment on fait ça ? Et puis dans tout ça, c'était l'heure du repas ! Aucune porte de fermée, les plats qui avaient été mis dans le four et le chef de cuisine qui débarque à midi moins le quart pour faire une formation aux ASH sur les nouveaux fours ! Et tous les patients qui allaient dans tous les sens, les portes magnétiques qui ne fermaient pas. Je suis partie à 14h30 complètement vidée.*

Tous relatent l'effarement de cette journée, souvent avec gravité. La désorganisation matérielle apparaît au premier plan derrière lequel on remarque une désorganisation psychique qui révèle le caractère traumatique de ce premier jour. Les soignants du service hospitalier d'où provenaient majoritairement les patients semblent avoir été dans l'impossibilité de prendre la mesure de ce déménagement afin de le préparer sereinement. Nous en comprenons qu'ils se sont trouvés dans une sorte d'évitement, comme s'ils avaient aménagé la temporalité de l'évènement qu'ils n'avaient pas intégré psychiquement. La séparation annoncée était ainsi déniée et d'ailleurs, nombre d'entre eux ne travaillaient pas ce jour-là. Quant au personnel de la maison d'accueil spécialisée, la plupart vivaient ainsi leur première journée de travail. Outre le fait qu'il soit incompréhensible que l'institution n'ait pas anticipé la charge de travail que représenterait une telle journée, les récits de celle-ci mettent à jour une effraction traumatique collective : tant chez les patients qui devenaient subitement résidents – d'un endroit dont l'espace était radicalement différent des unités asilaires – que chez leurs soignants dont ils se séparaient, mais aussi chez leurs nouveaux éducateurs qui débutaient ainsi leur carrière. Nous le verrons, des aides médico-psychologiques avaient été recrutés en amont pour travailler dans les unités psychiatriques. Mais, pour une raison qui nous échappe si nous écartons la piste de l'évitement, peu d'entre eux étaient présents pour l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée.

Le récit du commencement rapporte donc une situation de rupture, une impossibilité à envisager que la mutation des patients, de l'hôpital vers la maison d'accueil spécialisée,

ait pu se réaliser dans une certaine continuité. À chaque fois qu'il est évoqué, le récit demeure factuel et prend la forme d'un passage à l'acte qui reste en mémoire sans pouvoir être symbolisé. Antonello Correale (1996) nous invite à considérer l'évènement comme un phénomène « d'hypertrophie de la mémoire ». Il décrit une forme de souvenir collectif qui se transmet de façon uniforme et répétitive, malgré les années qui nous en éloignent. Il propose de le traiter comme une « hallucination rétrospective » (p. 106) :

J'affirme ceci car ces souvenirs présentent, d'une part, une très grande vivacité et netteté, une sorte d'hyperclarté ; mais, d'autre part, ils semblent ne pas être susceptibles d'une évolution et d'une interprétation autres que celles qui ont été incorporées au souvenir même. » (p. 106)

L'évocation de ce souvenir cherche toujours à démontrer la carence institutionnelle en termes d'organisation, sous forme de projections : il est à la fois reproché aux soignants du service hospitalier de ne pas avoir préparé le déménagement de leurs patients et à la direction de ne pas l'avoir anticipé au niveau des ressources humaines. Antonello Correale s'appuie sur le modèle métaphorique du système digestif de Wilfrid R. Bion pour mettre en évidence des éléments mentaux qui restent fragmentés sans pouvoir être élaborés, tels des « éléments bêta » (*ibid.*, p. 109-110). Ces expériences « pétrifiées, qui donnent lieu à des fonctionnements mentaux figés et répétitifs », partagées telles quelles dans la répétition, deviennent « un patrimoine négatif du groupe tout entier » (*ibid.*, p. 113), porteur d'angoisse et de honte. En outre, le récit de ce premier jour sous-tend un sentiment d'abandon qui va constituer un élément de répétition plaçant professionnels et accueillis dans une indifférenciation, puisque tous se sont trouvés confrontés, d'une façon ou d'une autre, à la violence de cette journée. La symbolique des portes qui ne fermaient pas renvoie à un sentiment d'insécurité, une absence de contenance institutionnelle qui va perdurer malgré l'amélioration de l'organisation du quotidien les jours qui suivirent. La fixation sur le désordre matériel renvoie au chaos, un terme fréquemment utilisé dans les récits. Mais aussi, les professionnels furent bien en peine d'organiser leur pensée à ce moment pour réguler le débordement d'angoisses archaïques qui se manifestaient tant chez les accueillis que chez les intervenants. En nous appuyant sur les travaux de Didier Anzieu (1984), nous observons à quel point ici le trouble des processus psychiques secondaires – c'est-à-dire la tâche primaire, son organisation et sa coordination – a désorganisé les processus psychiques primaires de ce groupe-équipe tout juste formé. Ainsi, la « circulation émotionnelle et fantasmatique inconsciente » s'est trouvée



paralysée (p. 31) et envahie par les angoisses archaïques partagées avec les accueillis. L'angoisse schizoïde de morcellement nous apparaît au premier plan. D'une part, nous l'avons compris, la sécurité institutionnelle n'était pas opérante pour la contenir et d'autre part, l'équipe fraîchement constituée ne permettait pas à ses membres de s'appuyer sur une illusion groupale pour protéger leur « unité moïque » (*ibid.*, p. 83). Cette situation paroxystique d'angoisse collective s'est inscrite dans ce mythe fondateur non étayant, notamment d'un point de vue narcissique.

Or, René Kaës (1987) rappelle l'importance pour une institution à se construire et à s'organiser en partant d'une utopie, de « l'illusion qu'elle est novatrice et conquérante ». Ainsi, le mythe fondateur est une des « formations identifiantes et représentationnelles » structurantes et protectrices de la souffrance provoquée par la désillusion. (p. 40-41). Le mythe fondateur d'une institution est généralement organisé à partir d'objets idéalisés qui vont constituer sa norme et un fondement symbolique partagé par tous. Souvent, il évoque un pionnier héroïque sacralisé et il produit le regret d'une époque prodigieuse révolue, d'un « avant merveilleux » (Kaës, 2009 ; Fustier, 1999). Paul Fustier inscrit l'organisation du mythe fondateur pour les institutions dans la problématique du contrat narcissique, conceptualisé par Piera Aulagnier :

Il s'agit pour le « nouveau » de comprendre le récit et d'entendre le message, de le prendre à son compte pour transmettre à son tour les valeurs et les idéaux qui lui sont proposés. En retour il aura place dans l'institution, il en deviendra membre et sera reconnu comme sujet. (Fustier, 1999, p. 12)

En s'appuyant sur les travaux anthropologiques de Mircea Eliade, Paul Fustier rapproche la fonction du mythe institutionnel de celle des mythes de l'origine du monde. Par exemple, les acteurs de la psychothérapie institutionnelle nous rappellent souvent que celle-ci est issue du Conseil national de la Résistance, c'est d'ailleurs ainsi que nous l'avons présentée. « Des êtres divinisés ont créé le monde au commencement de ce temps » (*ibid.*, p. 15), écrit Fustier. À partir du sacré idéalisé, le mythe fondateur va générer du sens, il va « fixer des modèles exemplaires », dans une tonalité nostalgique et son partage se fait souvent dans des conditions interstitielles plus propices à l'émotion. Celui-ci fera fonction d'agent de liaison entre les sujets qui constituent l'équipe en étant introjecté pour construire un métacadre porteur des valeurs institutionnelles (Nicolle, Pinel, 2009).

Dans le cas de la maison d'accueil spécialisée, le mythe fondateur nous apparaît s'être construit en deux temps. Intéressons-nous tout d'abord à la première décennie, à partir de son ouverture. Le souvenir catastrophique de la première journée n'ayant pu être métabolisé, il ne pouvait pas constituer le mythe fondateur. De plus, l'absence de fondateur désigné lui donnait une dimension d'auto-engendrement, sans verticalité symbolisante, dont l'omnipotence risquait d'engager l'équipe dans des processus mortifères et répétitifs (Pinel, 2009, p.23). Toutefois, nous l'avons vu, sa fondation provenait d'une évolution législative s'appuyant sur une position politique antiasilaire très forte. De plus, si l'institution et les nouveaux professionnels n'avaient pas d'histoire, les accueillis et les quelques soignants qui avaient travaillé « là-haut », eux, portaient un passé. Nous remarquons que les accueillis montraient des traces de leur histoire par leur corps. Les jeunes professionnels, d'obédience éducative, questionnaient les anciens soignants pour tenter de saisir des éléments de compréhension face à l'*inquiétante étrangeté* que pouvaient leur renvoyer les accueillis. Les informations transmises étaient essentiellement pratiques et factuelles, mais les éducateurs témoignent de la forte émotion que provoquaient les récits des soignants, encore difficile à décrypter aujourd'hui. Une éducatrice rapportait ainsi son malaise : « Tout ce qu'ils me disaient, je n'en revenais pas et je ne pouvais pas croire que ce soit possible. J'étais gênée. Et je les voyais faire aussi, ça me mettait mal à l'aise ! » En cherchant à développer davantage sur ce sentiment de gêne, nous découvrons qu'il s'agissait de ne pas trop en écouter à propos des habitudes et des pratiques, voire de s'en protéger comme si ce qu'apportaient les soignants de l'hôpital psychiatrique pouvait être mauvais, ou du moins à ne pas reproduire. Ici se confondent les informations pragmatiques attachées à la vie quotidienne des patients et des représentations latentes et fantasmatiques, difficilement dicibles. L'incompréhensible des échanges provenait d'une attitude défensive des éducateurs, confrontés à ce qu'ils appellent aujourd'hui en riant « le choc des cultures », mais qui paraissait grandement anxiogène.

Cet autre axe d'analyse est venu révéler un sentiment d'indignité bien plus enfoui encore. Pour le comprendre, revenons à l'histoire du service des enfants durant les années 1990, soit trente ans après son ouverture.

Nous le disions plus haut, la plupart des enfants accueillis dans ce service y sont restés de longues années. Mais bien qu'ils soient devenus adultes au fil du temps, le service a

continué d'être appelé le « service des enfants ». « Des enfants qui avaient bien quarante ans ! » nous dit une ancienne infirmière.

Vers 1990, la médecin-chef a fait valoir ses droits à la retraite et n'y travaillait plus. Pour les mêmes raisons, l'équipe des soignants a aussi connu des mouvements. Les récits concordent et rapportent une description de l'espace immuable dans le temps, sauf qu'on y comprend que le lieu a terni. Car l'ambiance semble s'être dégradée, il ne s'agit plus d'un « service coquet » et l'équipe, fragilisée par les départs, devient moins homogène et solidaire.

L'ancien « jeune interne » nous raconte :

*Les équipes soignantes ont changé. Il y a eu l'arrivée de jeunes qui n'avaient pas envie de travailler là-dedans et qui regardaient les autres qui étaient là depuis vingt ans et « moi je suis jeune diplômé, toi tu n'y connais rien ». Il y avait des remises en question justement de personnes qui faisaient ça depuis longtemps et on leur disait « mais pourquoi vous faites ça, c'est nul », il y a donc eu ces premiers grincements entre équipes avec l'intégration de ces nouveaux éléments.*

Ainsi, de jeunes soignants viennent faire effraction dans un groupe où les pratiques étaient organisées par l'implicite et ne semblaient plus conflictualisées.

Une aide-soignante nous livre le récit de ses débuts :

*C'était lugubre. C'était tout au fond de l'hôpital, au bout de l'allée même pas éclairée la nuit. Quand je suis arrivée en 1990, c'était un samedi. Et je me suis demandée si j'allais y retourner le lendemain, c'est que c'était dur quand-même ! Je n'avais pas imaginé que ça se passait comme ça... On était trois pour une vingtaine de patients avec deux dortoirs, les lits étaient séparés par de petits box. On n'avait rien. On n'avait aucun matériel, que du tissu, pas de change complet ou un paquet de couches pour quinze jours, pas beaucoup de linge non plus... Ils étaient tous en chemise ouverte le soir, déshabillés à 17h. La soupe c'était 17h30, on les installait sur des chaises percées, des vieilles chaises percées qu'on attachait comme on pouvait et ils mangeaient sur les chaises percées. Il y en avait quelques-uns à table mais la plupart étaient installés tout en long sur leurs chaises. Tu donnais à manger à l'un, tu donnais à l'autre. Comme ils étaient incontinents, la journée on mettait des draps en alèse. Tu avais un grand chariot et tu mettais tout ça là-dedans et après il fallait trier. On n'avait aucun matériel ! Ils avaient tous la même tenue, les hommes en combinaison et les femmes en blouse de nylon. Ce quotidien, c'était choquant. J'ai vu des infirmiers laver les patients avec des éponges, la même pour tout le monde parce qu'on*

*n'avait pas de matériel. On a eu des pannes de chauffage, on était complètement impuissants. Ils n'avaient pas de famille, les anciens disaient toujours « leur seule famille c'est nous », mais ils les avaient connus enfants aussi...*

*[...]*

*Mais pourtant, on s'en occupait bien quand-même, ils étaient bien nourris. Les plus autonomes dans la journée allaient dans des centres de jour, des mini-services qui étaient pas mal, ils étaient six ou sept. On a même fait des séjours, on a fait des marionnettes à cette époque !*

*[...]*

*Monsieur F., lui, faisait partie d'un autre groupe dans un autre service et quand j'y suis allée, là je me suis dit « mais il y a pire encore ?! » On appelait ça « le boyau ». J'étais allée dépanner une fois là-bas. Il y avait l'escalier avec deux grands dortoirs de chaque côté. Et il y avait le boyau. Le jour où j'y suis allée, l'infirmière m'a dit, « de ce côté-là, tu n'y vas pas ». Bon c'est vrai que moi j'aurais pas demandé à voir ! Il a dû être fermé en 1992, petit à petit les services comme ça ont fermé et on a été regroupés parce qu'il allait y avoir la maison d'accueil spécialisée. Et on s'est retrouvés avec un effectif de 35 patients.*

*Mais quand on a déménagé dans le nouveau service, qui devait être temporaire puisqu'on attendait la MAS, c'était déjà mieux. Les chambres étaient très petites, comme des wagons, tout juste de quoi mettre un lit, mais c'était contenant. C'était mieux que des grandes chambres où ils se retrouvaient le matin mélangés dans les lits, au milieu des selles. Et puis on avait un peu plus de matériel, des changes, du linge de toilette, des tapis pour ceux qui étaient par terre. Et puis les anciens partaient en retraite, on était une nouvelle génération et on pouvait commencer à travailler autrement.*

Les récits sont hésitants et comportent des silences. Alors qu'elle est aujourd'hui cadre supérieure de santé dans une autre institution, une ancienne infirmière qui avait débuté dans ce service nous dit :

*En arrivant je me suis dit, c'est dans ma nature : de toute façon je suis là, il va falloir que j'en fasse quelque chose, ça va être compliqué, je ne m'attendais pas à ça mais voilà, il va falloir que ça se passe et que ça se passe bien.*

Tu ne t'attendais pas à quoi ?

*[Elle se gratte la gorge.] C'est marrant parce qu'en te le disant, j'ai l'émotion qui monte !  
[Elle se gratte de nouveau la gorge.] Je ne m'attendais pas à quoi ? L'émotion elle monte, de ce que vivaient les gens. Tu vois je me dis mais... On n'accepterait plus ça !*

*[...] Je crois que j'ai les larmes aux yeux parce que je me dis que vraiment, si c'était maintenant, ça se passerait plus comme ça. Maintenant j'aurais d'autres armes... Mais pas pour me défendre, pour les défendre eux. Parce qu'ils étaient tellement vulnérables que c'était nous qui devions parler pour eux, imaginer pour eux. Maintenant je me dis que c'était une grande responsabilité pour quelqu'un qui venait d'être diplômée.*

Lors de ces rencontres, nous avons retrouvé des éléments partagés. Le récit du premier jour et la sidération qu'une telle découverte provoque est toujours rapporté avec émotion. Ensuite, le manque de moyen est mis en avant en étant associé à la grande dépendance des patients et à leur archaïsme. Nous comprendrons finalement qu'ici, c'est surtout la question du manque qui est mise en exergue. Ainsi si le manque de moyens révèle l'incomplétude de ces patients si déficitaires, il confronte également les soignants à leur impuissance face à l'archaïque. Lorsqu'il s'agit d'y répondre de façon technique, les soignants sont aux prises avec leur propre manque, qui semble pouvoir être contourné lorsque leurs pratiques évoluent dans une dimension relationnelle de proximité. Deux soignantes font toutes deux le récit d'un séjour thérapeutique mémorable, vu par nombre de leurs collègues comme une hérésie, où elles avaient fait le choix de dormir avec les patients.

Les personnes que nous avons rencontrées pour ces récits se sont montrées troublées pendant les entretiens, assez réticentes parfois. Elles étaient soucieuses de montrer qu'elles s'étaient impliquées pour protéger les patients. Quelques agissements de collègues moins scrupuleux sont évoqués à demi-mots, avec une retenue qui nous évoque un mécanisme d'enfouissement du sentiment de honte provoqué par des situations indicibles de grande impuissance. Peu de maltraitances avérées nous ont été rapportées, les soignantes évoquant davantage « l'insensibilité » de certains soignants y travaillant de longue date et pris dans des rituels répétitifs et rigides qui semblaient les protéger du grand archaïsme des patients aux conduites déshumanisantes et de l'inattendu de leurs états clastiques.

L'une d'entre elles rapporte que ce service avait la mauvaise réputation d'être un lieu de relégation pour des soignants tenus pour moins compétents :

*C'était encore du temps de la psychiatrie où on tournait tous les trois ou quatre ans, puis en fin de compte, selon comment tu étais aimé de ton cadre sup, soit tu te retrouvais en service d'entrée qui était plutôt l'élite, soit tu te retrouvais dans ce service parce que tu*

*étais le dernier des derniers. Quoi que t'aies fait, car je ne suis même pas sûre que les gens avaient fait des choses... Ton cadre sup ne venait pas forcément te rendre visite alors qu'il allait dans les autres services. Enfin tu vois c'était... [Silence]... Des fois je pense que quand tu allais là-bas, tu te demandais bien quand-même ce que tu avais fait quand-même pour y aller. Tu vois, c'est un peu ça quand-même. Ça n'était pas valorisant d'y aller, et du coup tu n'arrivais pas à valoriser le fait d'y aller. Comme si l'histoire de ce service, le t'y vas si t'es pas très bon etc., elle te collait forcément à la peau dès que tu y mettais les pieds. Alors que j'ai quand-même travaillé avec des gens très humains qui étaient super... Mais ils étaient tellement dépendants de nous... La responsabilité. Je crois que c'est vraiment ce mot-là, la responsabilité. Silence... Personne ne serait venu... Tu vois je me dis c'est quand-même des lieux où si tu as des gens malveillants, ils peuvent s'éclater en toute impunité. Personne ne viendra... Personne ou peu de personnes ne viendront dénoncer ce qu'il se passe.*

Plusieurs récits rapportent que la mutation au « service enfant » pouvait être disciplinaire, la « mise au placard » devenant une « mise au rebut » qui se confondait alors avec l'histoire de ces patients relégués. La métaphore des services ou de l'asile « dépotoir » prend ici tout son sens. Ce propos révèle aussi à quel point le narcissisme de cette équipe se trouvait attaqué par des angoisses archaïques désorganisatrices d'une pensée créative propice à l'élaboration. La grande dépendance des patients les maintenait dans un quotidien immuable où les mêmes gestes devaient être répétés avec l'abandon de tout espoir d'amélioration. Cet appauvrissement de leur pratique soignante générait forcément un sentiment d'échec, renforcé par la déconsidération de leurs collègues pratiquant une psychiatrie estimée plus noble.

Ainsi, la fréquente mise en avant du manque de moyens et le désarroi qu'il semblait provoquer enveloppe le manque de moyens des patients, puis celui des soignants. C'est une dynamique d'engrènement et l'argument du manque de moyens recouvre et met à distance, par mécanisme d'enfouissement, la culpabilité et la honte des soignantes rencontrées (Ciccione & Ferrand, 2009). Mais certaines soignantes, les plus jeunes, semblent, elles, avoir réussi à transformer en désir la contrainte d'un début de carrière obligé dans ce service. S'appuyer sur ce désir les autorise à témoigner aujourd'hui.

Nous le disions plus haut, il y a eu ce point de rupture, lorsque les politiques de santé ont changé d'orientation et qu'il a été envisagé de fermer le « service des enfants » en prévision de l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée. Un groupe de patients – les plus grabataires ne présentant pas de troubles du comportement – a pu être orienté dans

les institutions médico-sociales de la région. Une génération de soignants est partie en retraite. Ceux qui sont restés – patients et soignants – ont dû investir temporairement un service préparatoire à la maison d'accueil spécialisée. Le « provisoire » durera une dizaine d'années. Un témoin nous raconte :

*C'est le moment où dans l'hôpital, on était déjà en train de diminuer les moyens. Donc les polyhandicapés ne sont pas psychiatriques, ce sont des inadéquations. Terminé ! C'était des gens qui étaient destinés à aller autre part, il fallait les éliminer.*

*Une fois défini le fait qu'il y a beaucoup d'inadéquations à l'hôpital et que ces inadéquations vont de pair avec le médico-social, on a commencé à faire venir des éducateurs et des aides-soignants. Alors là, les infirmiers ont pu se demander si eux aussi n'étaient pas inadéquats, à s'occuper comme ça des polyhandicapés.*

C'est dans ce nouveau service qu'une première équipe d'aides médico-psychologiques est arrivée quelques mois avant l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée. L'une d'elle raconte :

*J'avais envoyé un CV à tout hasard et on m'a répondu. Alors je suis venue faire un essai. Et quand je suis rentrée chez mes parents, ils m'ont demandé si ça a été... Et là je me suis mise à pleurer et je leur ai dit « je sais pas si j'y retourne demain ». Parce que ce que j'avais vu... Mais c'était horrible ! Déjà je ne savais pas ce que c'était la folie, parce que c'était franchement la folie là... On peut dire « tu es fou », mais là c'est autre chose.*

*On s'est d'abord moqué de nous, parce qu'on était là pour faire des activités, mais on s'est vite rendu compte que ça n'était pas possible. À ce moment-là, c'était beaucoup du gardiennage. Alors on m'a formée, et j'ai suivi. C'était pas beau ce que j'ai fait, surtout la façon de parler. Il n'y avait aucun respect pour les patients. Quand j'ai vu qu'on se servait de Monsieur I. pour les mégots, ben j'en ai fait autant ! Oh j'ai honte hein... Bon c'est une façon de payer mon erreur que de le dire. C'était naturel, c'était normal. En plus il était content ! Mais nous on en rigolait... On se moquait de « la poule » aussi. Alors elle était sous la table et avec son menton elle picorait les miettes qu'on lui lançait. Non mais tu te rends compte ?! Ça c'est la folie ça...*

*Il y avait les dortoirs en haut, et il y avait des douches aussi. On les lavait au jet, collectivement. C'est certain qu'on prenait du plaisir à le faire. Le pire c'était les changes. La salle de vie était en bas, donc nous on descendait par l'ascenseur. Mais quand t'avais lavé un résident ou deux, il n'y avait personne pour les accueillir en bas, puisqu'on n'était que deux ou trois et qu'il fallait les laver en haut. Donc on ne pouvait pas les laisser seuls en bas dans la pièce de vie. Et tu sais où on les mettait ? Dans le couloir ! Dans les escaliers, entre le rez-de-chaussée et le premier étage. Ils étaient parkés dans les escaliers*

*et ils attendaient pour être habillés et pour pouvoir descendre. Et pour les changer avant midi, on les appelait « untel tu viens, la table est là, tu te retournes ? Allez hop ! Tiens, Christina, elle a gardé la position pour être changée debout. On les changeait comme ça, dans la salle de vie devant tout le monde. On ne se posait pas de question, c'était comme ça. Mais j'ai quand-même appris le travail comme ça.*

Ici, l'entretien met à jour un aménagement structurant et socialisant de la honte chez cette professionnelle, dans la mesure où elle parvient à la nommer, mais aussi à s'indigner de ses agissements passés (Tisseron, 2006, p. 30). Plus tard, lors d'une rencontre avec elle, dans l'interstice et l'après-coup, celle-ci me livre « avoir été remuée » par l'entretien. Puis, elle ajoute du bout des lèvres : « j'avais tellement honte de te raconter tout ça. Mais il fallait que ça sorte, ça m'a fait du bien. ».

Sa situation est différente de celles des soignantes du « service des enfants ». L'aide médico-psychologique avait été recrutée pour travailler à la maison d'accueil spécialisée et elle y est restée jusqu'à la fin de sa carrière. Elle a donc participé à l'élaboration du mythe institutionnel et l'a fait évoluer tout en s'impliquant elle-même dans le travail d'élaboration et de métabolisation du récit vers le mythe. Son témoignage va nous permettre de comprendre que le désir institutionnel s'est élaboré à partir du rejet de l'histoire.

René Kaës (1987) montre que toute institution se construit à partir d'un meurtre symbolique. Il s'appuie sur la métaphore des églises construites sur des reliques :

La fondation d'une institution ne contient pas seulement la relique d'un mort idéalisé, totem érigé en mémorial du meurtre originaire et de l'Ancêtre fondateur, mais aussi les matériaux d'anciennes constructions abolies. L'architecture et le ciment psychiques de l'institution peuvent être reconnus à travers cette métaphore : le contrat narcissique – le pacte dénégatif – fait tenir ensemble les remplois de ces éléments disparates, les naturalise dans son espace propre. (p. 30)

Ainsi, le mythe fondateur de la maison d'accueil spécialisée nous apparaît s'être élaboré « contre » l'histoire des accueillis, dans une perspective antiasilaire relayée par les politiques sociales contemporaines. Tout d'abord, il s'agissait de recueillir ces patients abandonnés de tous, jusqu'à incorporer leur mésinscription. Ensuite, toute l'énergie fondatrice de l'institution a été investie dans l'idée de rompre avec les pratiques de leurs collègues du sanitaire. Ce mouvement de valorisation d'une identité médico-sociale indépendante semblait les préserver de fantasmes angoissants d'auto-engendrement. Un



métacadre constitué de principes éducatifs organisateurs venait ainsi constituer leur contrat narcissique au moyen du pacte dénégatif, qui consistait à contredire les pratiques asilaires. Un grand principe organisateur défendait alors l'implication dans un lien intersubjectif s'appuyant sur la compréhension du sujet et la rédaction de nombreux écrits d'observation et de synthèse. La réflexivité des équipes soutenait la construction d'une identité éducative qui relevait le défi d'une normalisation des accueillis basée sur une injonction de progression et de lutte contre la chronicité. Le mot « dignité » apparaissait dans de nombreux écrits, par exemple lorsqu'il s'agissait de recomposer le *dressing* vestimentaire des accueillis, de leur prodiguer des soins esthétiques, de les emmener chez le coiffeur. Aussi, les équipes ont entrepris de proposer de nombreuses sorties aux accueillis, avec l'argument de combattre la stigmatisation dont elles les considéraient victimes. Les professionnels surinvestissaient les espaces, en décorant les chambres, en achetant du mobilier à la mode, en peignant des fresques sur les murs des espaces communs (une activité nocturne des personnels de nuit). Enfin, un éducateur spécialisé a écrit à toutes les familles dont il cherchait les coordonnées pour enrayer l'abandon dont l'injustice était dénoncée.

L'investissement de l'institution, de son projet et de ses accueillis semble s'être organisé dans une dynamique créatrice parfois débordante, où toutes les pistes d'expérimentation des pratiques étaient ouvertes, à condition que celles-ci soient nouvelles et fassent rupture avec les anciennes pratiques sanitaires.

Une soignante raconte :

*Il y avait ces gens-là qui connaissaient les patients depuis très longtemps, qui essayaient de tutorer un peu ceux qui les découvraient mais qui n'ont pas du tout été écoutés. On voyait bien qu'ils n'avaient pas du tout la même vision. Avec ce côté, qui est toujours resté, de dire : mais nous on fera mieux que ce que vous avez fait... Qu'ils avaient été maltraités pendant des années... Alors ça n'est pas complètement faux, on va dire que certains résidents avaient quand-même des habitudes de vie qui pouvaient questionner sur ce qu'ils avaient pu subir auparavant. Et puis aussi ce que les soignants racontaient, des choses qui avaient été laissées faire durant des années. Ça n'était pas forcément actif, mais ça interpelle. Et donc il y avait les éducateurs qui disaient : non mais nous, il est hors de question qu'on fasse comme ça, donc on va faire comme on a envie. Alors ils tentaient plein de choses qui fonctionnaient plus ou moins, mais ils avaient quand-même le mérite de se dire qu'on redémarre. Alors certes, on pourra pas effacer quarante ans d'asile, mais on veut tenter autre chose.*

*Et puis la cadre socio-éducative avait aussi ce côté, pas qu'on pouvait les sauver, mais qu'on les avait sortis de ce milieu-là et on allait faire autre chose. Avec un côté très matriarcal, c'était un peu la bonne mère y compris pour l'équipe. Elle était assez carrée sur la législation et pour le coup, le médico-social était assez en avance sur la psychiatrie. Donc on faisait des projets en impliquant les familles quand il y en avait. Mais il y avait aussi tous ceux pour qui on n'avait aucune information. Par contre, elle ne posait pas de limite, elle tolérait tout et il y en avait qui faisaient vraiment n'importe quoi. Mais elle fermait les yeux.*

*On avait une immense liberté pour proposer des projets. Y'avait de la créativité. Mais j'ai quand-même le sentiment qu'au départ quelque chose n'avait pas pris. Il y avait aussi que la MAS avait un statut un peu bâtard au sein de l'hôpital. C'est-à-dire que quand ça les arrangeait, on appartenait à l'hôpital mais quand ça les arrangeait pas... On avait l'impression que personne ne voulait vraiment de nous en fait.*

Paul Fustier (1999) décrit les mécanismes de la « fondation rêvée », qui n'est pas tout à fait similaire puisqu'elle se rapporte à l'histoire de groupes d'utopistes qui font le choix de se détacher de leur institution d'origine pour en créer une « meilleure ». Nous reconnaissons ce fonctionnement propre aux communautés s'inspirant de l'antipsychiatrie, dont Fernand Deligny aurait pu être issu s'il n'avait pas revendiqué l'insoumission à toute organisation, quelle qu'elle soit :

Il s'agit d'une utopie, dont la fondation a toutes les caractéristiques (Kaës, 1977). Nous en retiendrons une : la fondation se donne comme le négatif (photographique) de l'institution d'où proviennent les utopistes et contre laquelle ils s'élèvent ; l'utopie est un antimodèle absolu, un inverse. Et pourtant, par certains côtés, elle reproduit l'institution « de base » à laquelle elle s'oppose. (p. 8)

Les professionnels se sont donc emparés d'un mythe qui les plaçait dans une position d'opposition, et l'infamie de l'histoire des accueillis était racontée inlassablement. Lorsqu'un nouveau professionnel arrivait, donc recruté par l'hôpital psychiatrique, on insistait de façon répétitive pour informer ce collègue, qu'à la maison d'accueil spécialisée, nous n'étions pas en psychiatrie. Ce contre-héritage de l'histoire institutionnelle nous est également apparu avec l'expression d'une certaine culpabilité, qui émergeait souvent au cours des séances d'analyse des pratiques. Investir un lieu de vie en adéquation avec les « bonnes pratiques » contemporaines était partagé par tous du fait de son éthique, de sa volonté d'offrir de la dignité aux patients qui auraient pu en manquer par le passé. Toutefois, autant que les sujets le seraient, les professionnels sont

peu à peu devenus eux aussi héritiers de cette histoire institutionnelle, dans une dimension transgénérationnelle vis-à-vis de leurs pairs et surtout des pratiques de ceux-ci, pourtant dénoncées et jugées comme mauvaises.

Lorsque l'énergie créatrice des premières années s'est tarie, une succession de crises institutionnelles a atteint les équipes. Au moment où la première cadre a dû quitter l'institution, un vif sentiment d'abandon a provoqué une situation d'effondrement puis de dépressivité. Les professionnels sont entrés sous le registre de la plainte, ils se montraient atteints par la chronicité des accueillis et l'insignifiance de leurs progrès. De plus, plusieurs deuils avaient été traumatiques, confrontant les équipes de nouveau à une certaine insécurité. La culpabilité engendrée par ces phénomènes s'est montrée prégnante mais extrêmement délicate à mobiliser, dans la mesure où elle est devenue une composante des fondements de la dynamique de cette institution. En envahissant l'institution, ce mythe antiasilaire avait finalement englué les équipes et ne soutenait plus le narcissisme de l'appareil psychique groupal. Avec le départ de sa principale représentante, ce mythe qui devait faire fonction de fondation s'est trouvé attaqué par des professionnels eux-mêmes confrontés collectivement à l'effondrement (Enriquez, 1987, p. 68). Nous avons alors eu besoin de nous appuyer sur l'histoire de la psychiatrie pour faire des propositions qui pouvaient atténuer les jugements délétères d'un tel héritage et tenter de contrer cette indignité qui avait ainsi contaminé les équipes.

Peu à peu, un autre mythe s'est construit, celui de la fondation incarnée par cette cadre socio-éducative, bonne et généreuse, qui possédait le pouvoir de réaliser les désirs les plus improbables des professionnels. Tout semblait alors possible. Ce mythe s'est construit lorsqu'une cadre de santé a dirigé l'institution en restructurant les services alors aux prises à des dysfonctionnements et à une certaine confusion. L'espace s'est modifié, les murs qui portaient les fresques de la fondation ont été repeints. C'est confrontés à la rigidité d'une nouvelle organisation sanitaire que les professionnels se sont mis à évoquer avec nostalgie la grande liberté et la créativité des débuts de l'institution. Ce nouveau mythe fondateur se révèle donc plus opérant dans la mesure où il offre un espace de rêverie aux équipes. Il devrait pouvoir les soutenir pour retrouver peu à peu une dynamique d'équipe, fragilisée ces derniers temps par le caractère traumatique de la crise sanitaire.

En outre, la population de la maison d'accueil spécialisée se transforme également puisque les nouveaux accueillis montrent des troubles psychopathologiques de moins en

moins stabilisés. Ainsi, comme Philippe Chavaroche (2021) le signale en évoquant l'évolution du champ médico-social, les équipes doivent maintenant s'engager dans des pratiques qui auraient à réunifier le clivage ancien sanitaire/médico-social, celui-ci ayant constitué une crise identitaire assez envahissante au sein de cette équipe.

L'histoire des accueillis, qui ont sans aucun doute bénéficié de cet apaisement, est également restaurée d'un point de vue narcissique. Elle est maintenant constituée de souvenirs partagés, « cet immédiat passé que borne le présent » comme l'écrit Eugène Minkowski (1933, p. 145). Leur histoire asilaire ne fait plus effraction sur un mode catastrophique, bien qu'elle soit toujours évoquée lorsqu'il est nécessaire de situer le sujet dans son historicité pour tenter de comprendre son expression subjective.

Ainsi, accueillis et professionnels semblent progressivement s'être dégagés des mécanismes de la honte partagée par les anciens soignants. D'autres problématiques les mobilisent à ce jour, comme dans toutes les histoires institutionnelles, mais celles-ci leur appartiennent dorénavant, davantage qu'à leurs prédécesseurs, leurs ancêtres.

## II.1.2. HONTE, CACHERIE ET SECRET : DES FAMILLES ABANDONNIQUES ABANDONNÉES

*Monsieur D. est né en 1950, il a donc 65 ans. Nous avons très peu d'éléments concernant son histoire de vie, si ce n'est qu'il a été placé enfant dans un hospice de la région, puis hospitalisé en psychiatrie à l'âge de 14 ans, du fait de son « arriération mentale profonde du niveau de l'idiotie » et surtout de son agitation. Cela fait donc 51 ans qu'il vit à l'hôpital où il a fréquenté plusieurs pavillons avant d'être accueilli à la maison d'accueil spécialisée dès son ouverture.*

Certaines anamnèses des sujets accueillis s'avèrent sommaires. Faute de traces écrites ou de transmissions possibles, nous ne savons que très peu du contexte de l'hospitalisation et, lorsqu'il y a eu premier placement dans un hospice, comme c'est le cas pour Monsieur D., nous ne connaissons pas l'âge exact auquel l'enfant a dû quitter sa famille. Reconstruire sa biographie de 1964, date de son arrivée à l'hôpital jusqu'à son accueil à la maison d'accueil spécialisée en 2003 est également une entreprise délicate, dans la mesure où son dossier comporte peu d'écrits cliniques, les premières notes journalières apparaissant autour de 1990.

D'après son dossier, Monsieur D. présente une psychose infantile déficitaire et au quotidien, il apparaît extrêmement vulnérable. Il est totalement dépendant d'autrui et ne possède pas de moyen de communication élaboré. Polyhandicapé, son corps est entravé, il est en fauteuil roulant et sa motricité est réduite. Toutefois, il lui est possible de s'impliquer dans une relation duelle, car il conserve quelques moyens d'exprimer ses désirs ou ses désaccords sur un mode non verbal. Son expérience ancienne de la vie en collectivité et de la promiscuité dans certains services de l'hôpital semble avoir marqué son comportement. Il montre en effet une forte sensibilité à son entourage et peut s'agiter s'il se sent menacé. L'équipe qui l'accueille a bien repéré les situations anxiogènes ou qui font intrusion chez lui et a mis en place un accompagnement qui le sécurise au quotidien.

On ne lui connaissait pas de famille, même si l'hôpital détenait l'adresse de son père qui ne s'était manifesté qu'en 1968, lorsque les autorités militaires l'avaient contacté pour que Monsieur D., alors âgé de 18 ans, effectue son service national. Le père avait donc sollicité l'hôpital par courrier, pour obtenir un certificat médical afin de régulariser la situation.

C'est en 2010 que deux sœurs se sont présentées, juste après le décès de leur père. Celui-ci, alors malade, leur avait révélé l'existence de leur frère aîné qu'elles n'avaient pas connu. Elles ont alors entrepris des recherches assez laborieuses jusqu'à le retrouver, les résidents de la maison d'accueil spécialisée n'étant pas répertoriés à l'hôpital psychiatrique du même lieu.

Alors qu'elles étaient adultes et installées, leur père a déroulé l'histoire. Leur frère est né d'un premier lit, leur mère l'aurait eu très jeune (on ne sait pas qui est le géniteur) et lorsqu'elle s'est mariée, son mari a reconnu cet enfant qui était infirme. Puis le couple aurait eu un second enfant, lui aussi handicapé. Ils étaient ouvriers agricoles, extrêmement démunis et en difficulté avec leurs deux enfants à soigner. C'est ainsi que Monsieur D. a été placé à l'hospice. Les filles sont nées plus tard, après le décès du second enfant âgé de huit ans et disent n'avoir jamais su qu'elles avaient deux frères, jusqu'à la maladie de leur père.

Monsieur D. avait donc 60 ans lorsque ses sœurs l'ont retrouvé. L'éducateur spécialisé les ayant reçues à cette époque les aurait mises en garde. Elles restituent qu'il les aurait averties ainsi : *Monsieur D. ne les reconnaîtrait pas du fait de sa pathologie trop profonde et il n'aurait aucune réaction.* Cette proposition est restée inscrite tant elle semblait les avoir convaincues, et peut-être rassurées ? Elles racontent avoir été saisies d'émotion, notamment en reconnaissant des traits de la physionomie de leur mère chez ce vieil homme infirme. Elles rapportent être issues d'une famille construite sur le secret. Leur mère n'avait pas de lien avec son ascendance, elle ne leur a jamais parlé de ses parents. Elles n'ont jamais pu lui dire qu'elles avaient retrouvé leur frère, protégeant et perpétuant ainsi le secret. Elles expliquent que leur mère était cardiaque, très malade et qu'elles craignaient de l'anéantir avec une telle annonce. Elle est décédée peu de temps après les retrouvailles.

Ces sœurs rencontrent leur frère deux fois par an, à Noël et autour de son anniversaire. Elles viennent ensemble, d'une façon quasi-rituelle, sans maris ni enfants. Elles lui apportent des cadeaux et disent que « c'est davantage pour elles que pour lui, puisqu'il ne ressent rien. » De notre côté, nous n'en sommes pas si sûre. Nous observons Monsieur D. se redresser pour tendre son visage vers elles, faisant des mimiques que nous ne lui connaissons pas. Lorsque nous remarquons que tout sujet, aussi démuné qu'il soit, doit pouvoir se sentir appartenir à une famille, elles apparaissent touchées mais également incrédules, comme si elles préféraient se convaincre que leur frère reste étranger à son

histoire. Chaque rencontre apparaît difficile. Les deux sœurs se taisent, échangent peu avec les professionnels et refusent nos entretiens en avançant que ceux-ci n'apporteraient rien, ni à leur frère ni à elles-mêmes. On perçoit une forte émotion lorsqu'elles sont assises près de lui, notamment lors de la fête de Noël où quelques familles sont aussi présentes. Elles semblent mal à l'aise vis-à-vis des autres accueillis, et pourtant elles participent à cette fête qui est un moment collectif. Elles semblent ne pas trouver les mots, tant pour s'adresser à lui qu'à nous. Elles paraissent sidérées, enfermées dans une expérience émotionnelle de honte, et le partage que nous leur proposons ne parvient que difficilement à les libérer de l'emprise de celle-ci.

Lorsque les sœurs de Monsieur D. nous racontent leur histoire, le moment de la révélation de l'existence de leurs frères et de la présence du handicap dans la famille a fait effraction. S'y ajoutent les effets du secret, du silence de leur mère pendant toutes ces années et de l'expérience honteuse qui s'y associe en venant les confondre, en tant qu'héritières. Elles nous semblent tenter de s'en dégager peu à peu, mais montrent une grande souffrance lorsqu'elles essaient d'accéder lors de nos échanges à des tentatives de remémoration réunifiante. Elles qualifient la naissance de Monsieur D. « d'erreur de jeunesse » de la part de leur mère, puisqu'il est issu d'une première union, alors que celle-ci « était jeune fille ». Après son décès, elles ont fouillé le grenier à la recherche de lettres pouvant leur en apprendre plus sur le père biologique de leur frère et sur le contexte de sa naissance, mais aussi sur leurs grands-parents, jamais évoqués par leur mère. Elles rapportent qu'enfants, elles trouvaient leur mère très triste et faisaient lien entre sa tristesse et son silence avec l'absence de ses parents, se demandant pourquoi elle ne pouvait jamais parler d'eux et déduisant que « ça devait être grave ». Elles ont découvert des lettres qui leur auraient appris un nom, celui du premier amant de leur mère. Elles ne sont pas allées plus loin dans leurs recherches, comme si ce nom réussissait à les apaiser en stoppant leurs fantasmes de sexualité monstrueuse. En reprenant la lecture de l'*Homme au sable* étudié par Freud, Nicholas Rand et Maria Torok relie l'effet de l'*inquiétante étrangeté* à celui d'un secret qui s'imisce dans la famille jusqu'à devenir aliénant. Cet angle de réflexion diffère de la pensée de Freud en 1919 mais s'accorde à la situation de la découverte de l'anormalité d'un enfant dans une famille. Car si Freud nous amène à relier l'irruption de l'*inquiétante étrangeté* au registre archaïque et mortifère envahissant les parents blessés narcissiquement, l'effet de rupture provoqué par cette naissance qui tend à devenir source de secret et de honte nous paraît tout aussi essentiel à considérer. Avec les rencontres des

sœurs de Monsieur D., nous constatons que l'effet traumatique de cette naissance se répercute au-delà des parents de l'enfant, notamment lorsqu'aucun travail de mise en mots n'a pu être mené et qu'elle est maintenue sous le joug du secret.

Alors, que viennent chercher ces deux sœurs, auprès de ce frère qui ressemble à leur mère mais qui ne saurait pas qui elles sont ? Leur silence pesant nous laisse percevoir l'ampleur de l'effet du secret familial et de la contagiosité de la honte, dont elles ont pu hériter par un mécanisme transgénérationnel. Elles ont réussi à l'enrayer partiellement, en reprenant lien avec leur frère suite à cette révélation du père qui semble les avoir entraînés, peut-être malgré elles, dans cette démarche réparatrice. Mais, en ayant fait le choix de protéger leur mère de la révélation de leur démarche et en écartant leurs familles respectives de leurs visites à la maison d'accueil spécialisée, elles nous ont semblé longtemps se trouver aux prises avec le fonctionnement dont elles ont dû devoir s'accommoder dès l'enfance. Toutefois, elles apparaissent se dégager peu à peu de l'emprise du secret de leur histoire familiale pour accéder à des réaménagements psychiques. Notre accueil dans l'institution tente de les accompagner dans ce sens. Si elles n'ont jamais répondu à nos propositions d'entretien, elles sont peu à peu venues à notre rencontre pour nous faire part de la reconstruction de leur histoire familiale, au gré de leur enquête et de leurs découvertes.

Elles se sont autorisées à offrir à leur frère, pour Noël, une photographie de leurs parents. L'aînée a même pu candidater au poste de représentante des familles au conseil de vie sociale de l'institution. Ainsi les a-t-on vues peu à peu devenir désirantes à l'égard de ce frère et lui donner une place de sujet dans la lignée familiale tout en quittant leur posture silencieuse, presque clandestine dans l'institution.

Lorsque Monsieur D. est décédé, elles étaient présentes à l'hôpital près de lui. La question de ses obsèques s'est alors posée. L'éducateur a proposé que Monsieur D. soit enterré au cimetière de l'hôpital où se trouve les sépultures de nombreux patients hospitalisés depuis l'enfance. Lorsque ses sœurs ont visité le cimetière, minimaliste mais bien entretenu, elles ont montré un grand désarroi, aux prises avec un sentiment d'abandon culpabilisant. Elles ont alors fait le choix de faire incinérer son corps et de placer l'urne contenant ses cendres dans le caveau de leurs parents. Ainsi faisaient-elles le choix de réunifier leur famille. Mais, aussi, elles s'engageaient dans une trahison du secret familial en rendant ce fils caché à leur mère, alors qu'il leur avait été impossible de lui révéler leurs retrouvailles de son vivant. Était-ce une vengeance inconsciente qui acquittait leur souffrance infantile causée par le silence maternel ou une réelle réconciliation ?



Les frères et sœurs que nous rencontrons dans l'institution ont fréquemment un discours assez confus quant au souvenir du placement de l'accueilli. Ils étaient alors enfant et l'évènement remonte à plusieurs décennies. Ils sont ceux qui sont restés au sein de la famille parce qu'ils étaient indemnes de toute anomalie, ceux qui ont dû supporter l'absence (ou s'en réjouir) et qui ont participé à la reconstruction de la famille sans celui ou celle qui avait mobilisé tant de préoccupations. Alors, réussir à venir rendre visite à leur frère ou à leur sœur après toutes ces années semble être une démarche qui réactive une honte originaire inscrite dans l'histoire familiale et devenue indicible. Pouvoir évoquer cette période qui fait confusion, tenter de comprendre les entraves à maintenir le lien à l'époque – au vu du contexte sociétal, familial ou institutionnel –, retrouver son frère ou sa sœur apaisé et subjectivé par les soignants mais surtout, pouvoir partager son histoire sans être jugé constituent cette démarche décrite par Vincent de Gaulejac (1996) de « remonter aux sources de la honte ». Ainsi, l'échange leur permet de préciser leur histoire familiale pour mieux la comprendre et s'y situer, mais aussi de reconnaître, voire contredire les traces et fantasmes construits durant toutes ces années.

## COMPRENDRE L'ABSENCE DES FAMILLES

Beaucoup de questions restent ouvertes quant au contexte de l'absence des familles des personnes accueillies de longue date à l'hôpital, puis à la maison d'accueil spécialisée. Au-delà d'une lecture clinique portant sur l'irruption de l'anormalité dans une famille, un regard socio-historique nous a été d'une grande aide pour pouvoir réfléchir autour de cette question, en recueillant des informations factuelles sur le paysage institutionnel local à l'époque de l'enfance des accueillis. La scène sociale et les représentations collectives autour de l'anormalité ont eu l'occasion d'évoluer au fil des transformations sociopolitiques depuis l'après-guerre, il était donc nécessaire pour nous de recontextualiser ce que nous déterminions alors comme un abandon.

Les témoignages des familles encore présentes, et notre lecture de leur correspondance dans les dossiers, restituent leur première demande d'aide comme étant avant tout du registre médical, la demande étant celle de guérir leur enfant. Leur rencontre avec la

psychiatrie a ensuite souvent été provoquée par l'intermédiaire du médecin de famille. C'est un parcours qui apparaît conventionnel et généralisé, que nous observons lors de nos échanges avec les familles mais aussi à la lecture du déroulement des admissions trouvé dans les dossiers. Les témoignages rapportent également un accompagnement soutenu à domicile, propres à la mission de service public de l'hôpital, avec notamment les visites des médecins-psychiatres. Ainsi, si avoir recours à la psychiatrie n'était pas une solution ultime, ça n'était pas toujours non plus une question de choix d'orientation. C'était parfois une réponse à l'unique proposition d'aide qui émergeait alors chez des familles très démunies vis-à-vis de la survenue des troubles de leur enfant. L'idée prédominante nous semble toutefois attachée à l'espoir de guérison, l'hôpital psychiatrique étant alors reconnu comme un lieu de soins, au-delà de la connotation abandonnique que pouvait impliquer la relégation asilaire. Rappelons également qu'avec la création du service des enfants inéducables ordonnée par le Département en 1957, l'hôpital psychiatrique qui nous intéresse était alors considéré comme une institution à la pointe de la modernité susceptible d'être le recours face à la pauvreté du territoire en matière d'accueil des enfants profondément déficients ou aux troubles psychotiques massifs.

Il en est tout autrement concernant les placements à l'hospice, établissement conçu en tant que lieu de dépôt dès sa création. Pourtant, l'asile et l'hospice ont souvent été confondus dans une représentation similaire de lieu de relégation et de régression. Les aliénistes soutenaient l'asile en tant que lieu de soins et le différençaient donc de l'hospice. Jean-Étienne Esquirol (1838) désignait l'hospice comme un lieu de « mise au rebut » des incurables, et Bénédic-Augustin Morel (1857) y voyait un lieu de recueil et d'isolement social des dégénérés lorsque la dégénérescence atteignait un stade avancé.

Au début du vingtième siècle, Alfred Binet a différencié les « anormaux d'école » des « anormaux d'hospice », en proposant que le terme « anormaux médicaux » ne soit pas utilisé dans la mesure où la destination des idiots, incurables et inéducables était l'hospice (1907, p. 108). Mais son discours présente souvent la confusion sémantique asile / hospice (I.1.3.). À la même époque, la législation a tenté de régir les orientations vers les hospices en proposant un cadre classificatoire à la notion d'incurabilité et d'infirmité, sans que cette volonté ne puisse réellement s'appliquer dans la mesure où la réalité locale des institutions dans les départements restait disparate et somme toute assez modeste.

C'est finalement l'essor du concept de handicap qui va permettre l'avènement d'une législation opérante avec les lois de 1975 émanant de l'évolution des pratiques cliniques et sociales. La loi relative aux institutions sociales et médico-sociales va donc réglementer la transformation des hospices : certains deviendront des EHPAD et d'autres des lieux de vie pour adultes handicapés. Dans le département qui nous intéresse, les IME soutenus par les associations de famille n'ont ouvert leurs portes que tardivement, à la fin des années soixante. Si le nombre de places était donc plutôt limité, il s'agissait de plus d'établissements sans internat avec un âge d'accueil limite fixé à seize ans. Face à ces restrictions, rendant ces institutions associatives plutôt confidentielles dans leurs débuts, l'accès aux établissements départementaux du XIX<sup>ème</sup> semblait facilité par leur notoriété et leur grande capacité d'accueil.

Aussi, les enfants placés à l'hospice ou à l'hôpital psychiatrique autour des années soixante avaient tous besoin d'un accueil en internat au long cours, qui n'était pas proposé par les IME alors récents. Pour de multiples raisons, le maintien des enfants au sein de leur famille n'était pas envisageable et il s'avère que le dispositif institutionnel existant dans la région ne comportait pas d'autre choix que ceux-ci. Les hospices étaient conçus comme des lieux de dépôts et certains avaient même l'appellation courante d'orphelinat. L'asile départemental, quant à lui, n'avait pas la même connotation abandonnique, dans la mesure où, nous l'avons vu, la médecin-chef responsable du pavillon des enfants inéducables veillait à ce que le lien familial soit maintenu autant que possible. En outre, les familles pouvaient y confier leur enfant avec l'espoir que ceux-ci reçoivent des soins les menant à la guérison. Mais c'était aussi un lieu de dépôt, dans la mesure où il accueillait les sujets aux comportements les plus clastiques et les plus archaïques, notamment ceux qui ne pouvaient être maintenus à l'hospice pour ces raisons. Par extension, et malgré ses efforts pour ne pas l'être, l'hôpital restait un lieu de dépôt de la honte aux représentations collectives sans équivoque.

Au-delà des logiques institutionnelles, un autre aspect nous fournit une piste de compréhension de cette rupture entre l'enfant et sa famille. Rappelons-nous qu'avec le développement des théories de la dégénérescence au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'hérédité a été désignée en tant qu'étiologie des déficiences. Cette doctrine a eu pour effet de dégager la science de sa difficulté à découvrir l'origine des pathologies psychiques et neurologiques mais a alors accablé les familles, des milieux populaires en particulier. Markos

Zafiroopoulos (1981) situe la régression de ces croyances à partir des années quarante, quand le rôle des virus et des incompatibilités sanguines dans l'apparition des encéphalopathies a pu être mis en évidence :

Les théories de l'hérédité avaient réactivé encore fortement la honte religieuse et morale héritée des siècles antérieurs par les parents, en déplaçant ou en surajoutant l'origine de la tache (arriération de leur fils) de leur âme (péché) dans leur corps (tache génétique).

Il ne pouvait s'agir, alors, pour les familles que de cacher leur « taré », marque de leur propre dégénérescence morale et physique.

Le recul de ces théories et la mise en évidence de causes accidentelles, permettent, pour une part, de gommer la suspicion qui paralyse les familles. Énoncer, en effet, que l'arriération mentale la plus profonde peut avoir de nombreuses causes accidentelles, c'est lever la culpabilité des parents et aussi affirmer que tout un chacun peut engendrer un enfant arriéré.

C'est donc aussi permettre l'action des familles. (p. 60)

Fleur Michel (2009) constate aussi la ténacité de cette « logique causaliste » jusqu'à nos jours (*op. cit.*, p. 17-18). Dans notre clinique auprès d'adultes qui avancent en âge, celle-ci s'avère peu répandue et se pose plus fréquemment en termes de diagnostic, comme nous l'avons vu pour Monsieur F. Toutefois, cette thématique de la causalité laisse des traces en creux, en nous engageant davantage dans un registre fantasmatique et culturel.

Lors d'un entretien de recherche, une aide médico-psychologique pose ainsi la question :

*Il y a une question, on en a déjà parlé plusieurs fois mais je n'ai toujours pas de réponse. C'est cette injustice : pourquoi ils vivent ça ? Pourquoi il y a des gens qui sont comme ça ? Parce que quand tu nais, tu nais innocent, tu es comme une fleur qui s'ouvre pour tout prendre. Alors pourquoi tu es déjà pénalisé comme ça à ta naissance ? Est-ce que c'est parce que les parents doivent payer quelque chose qu'ils ont fait ? Et puis il y a aussi les vies antérieures, j'y crois un peu à ces choses-là... Est-ce que les parents doivent subir des choses ? Bon après si c'est en les enfermant ou en les éliminant à l'asile... Mais il y a tous ces questionnements que j'ai et je n'ai pas de réponse. Parce qu'ils n'ont rien fait ces enfants qui naissent atrophiés ! Pourquoi eux ?*

C'est une femme curieuse et cultivée. Durant sa carrière qui touche à sa fin, elle a bénéficié de nombreuses formations, elle s'est impliquée dans les projets institutionnels, dans les réunions où elle a eu l'occasion d'entendre des réponses rationnelles et scientifiques à sa question inlassablement posée. Mais son questionnement reste intact.

Nous pouvons le comprendre en développant son cheminement rapidement ici puisque nous constaterons son fondement des représentations collectives du handicap, auxquelles les professionnels des institutions semblent autant exposés que les familles.

Les travaux de Jacques Hochmann (2018) sur les théories de la dégénérescence nous ont éclairée à ce propos. L'auteur s'intéresse au mythe dogmatique du péché originel et à sa laïcisation. En démontrant l'utilité du péché originel pour qu'il y ait rédemption, il soutient que Saint Augustin a sexualisé celui-ci en l'inscrivant dans une morale catholique qui va se perpétuer :

Toute une morale catholique se construira sur l'opposition augustinienne entre l'*uti*, utiliser les objets du monde pour répondre à ses besoins (les aliments pour maintenir la vie, le sexe pour la propager) et le *frui*, jouir du monde et y trouver un plaisir profane qui éloigne de l'amour pur de Dieu et apporte donc ce détournement du divin qu'est, dans son essence, le mal. (p. 27)

Plus tard, en opposition aux penseurs des Lumières, Joseph de Maistre (1821) déploie l'idée d'un châtiment par la maladie qui pourrait se perpétuer au fil des générations. Les conceptions de « providence », de souffrance pour expier la faute et de punition collective s'appuient sur le même principe. Pour Hochmann, cette moralisation va se médicaliser au XIX<sup>ème</sup> siècle pour devenir le fondement du concept d'hérédité morbide soutenu par la théorie de la dégénérescence dont nous avons compris l'impact.

Les travaux anthropologiques de Charles Gardou (2010, 2015, 2016) étudient les représentations sociales et culturelles du handicap sur tous les continents. Il observe des points communs dans toutes les croyances populaires qui véhiculent des idées négatives, sur fond de malédiction, de déviance biologique ou sociale, de désobéissance, de sexualité coupable. Le handicap est compris d'abord comme une sanction, une punition, la réponse à la faute morale d'une famille, des parents et en particulier de la mère de l'enfant qui naît avec une anormalité :

Dans les représentations liées à une conception maléfique, le handicap est considéré comme un mal absolu, une anormalité, une déviance biologique et, en même temps, une déviance sociale. Objet de dévaluation, d'humiliation, de honte, il devient synonyme de stigmatisation, d'exclusion, de mort. Il est perçu comme une calamité, un non-sens radical ; une absurdité, une abjection que rien ne saurait justifier. La personne touchée est vécue par les autres, et se vit elle-même, comme socialement dévaluée, « décalée ». (2013, p. 57)

Les constructions culturelles sont intégrées collectivement, elles se perpétuent et se transforment au fil des générations. Ainsi, ces croyances dépréciatives influenceraient encore aujourd'hui les conceptions institutionnelles et scientifiques modernes du handicap qui mettent l'accent sur son caractère lésionnel et déficitaire. En outre, l'injonction de performance et de normalisation du sujet handicapé serait à comprendre comme une quête de rédemption et de neutralisation de l'anathème.

Simone Korff-Sausse (2011 *a*, 2017) souligne le processus fantasmatique suscité par la naissance d'un enfant handicapé. À l'instar de Jacques Hochmann qui décrivait la sexualisation de la faute originelle d'Adam et Eve, elle remarque que l'irruption du handicap met en évidence le fantasme d'une scène primitive monstrueuse :

L'anormalité monstrueuse correspond à un fantasme inconscient d'ordre sexuel et incestueux, car tout enfant est l'enfant du désir œdipien, selon la psychanalyse. Mais la présence d'un handicap vient donner un support objectif à ce fantasme incestueux. Dans beaucoup de mythes, une naissance anormale vient dévoiler au grand jour une conception fautive, un accouplement contre-nature. Une singularité monstrueuse serait le signe d'une sexualité également monstrueuse. (2017, p. 30-31)

Lorsqu'elle évoque le mythe du Minotaure (2011 *a*), Simone Korff-Sausse met à jour les fantasmes d'une sexualité déviante qui engendrerait la monstruosité. Le Minotaure, par son altérité et sa dualité mi-homme, mi-bête, symbolise ainsi le destin de la personne handicapée que l'on contraint dans un état pré-génital pour contenir nos propres angoisses et projections quant à sa probable sexualité taboue et bestiale. En l'isolant dans son labyrinthe, on le confronte à son destin solitaire, le monstre étant par essence un être sans semblable et interdit de descendance. Si l'isolement du Minotaure vient cacher le fruit de l'acte sexuel prohibé entre Pasiphaé et un taureau, elle s'interroge quant à ce que l'on a si longtemps cherché à cacher en mettant à l'écart les personnes marquées par l'anormalité.

Fleur Michel (2009) écrit que l'engagement des scientifiques dans une recherche méthodique de causalité du handicap a permis de réduire l'impact des superstitions productrices d'exclusion des personnes hors-normes. Mais si l'on peut rationaliser les superstitions populaires, les mécanismes fantasmatiques intrasubjectifs s'avèrent plus délicats à manier. De nos jours, cette recherche de causalité reste un phénomène commun aux parents et à l'entourage d'une famille touchée par le handicap. « L'esprit humain est ainsi constitué qu'il ne peut s'empêcher d'attribuer un sens à tout événement aussi

absurde soit-il. », écrit Simone Korff-Sausse (2017, p. 29). Sans aucun doute, un argument scientifique apporte une explication rationnelle à la survenue du handicap au sein d'une famille, comme nous l'avons évoqué avec notre collègue aide médico-psychologique. Celle-ci va contrer l'effet des croyances populaires, même si l'impact du traumatisme de l'annonce et de la blessure narcissique reste au premier plan. Mais Simone Korff-Sausse observe que les fantasmes de sexualité déviante sont aussi très actifs dans notre imaginaire collectif. L'interprétation d'un message divin à l'Antiquité, et dans certaines cultures, pouvait avoir également une fonction protectrice vis-à-vis de ces fantasmes intrasubjectifs troublants et angoissants. Dans le même sens, Alain-Noël Henri définit l'objectivation, en tant que procédé réparateur :

L'objectivation : c'est-à-dire en fait l'invocation magique de l'ordre de la scientificité, qui occupe dans notre culture la place de garant d'un ordre universel que tenait dans d'autres la religion. (1996, p. 260)

Lorsque ces paroles de frères et sœurs des personnes accueillies à la maison d'accueil spécialisée restituent leurs mythes familiaux, elles mettent à distance cette thématique du sexuel. Ce sont des éléments factuels permettant de rationaliser et de rendre tolérables, des dizaines d'années après, l'irruption traumatique du handicap :

*Papa m'avait raconté que pendant la guerre, dans son camp au STO, on le vaporisait avec un produit désinfectant. Il devait baisser son pantalon. C'était un produit très toxique, il est interdit aujourd'hui. Peut-être que c'est comme ça que C. a été handicapé ?*

*Maman ne voulait pas de cet enfant, c'était avant de rencontrer notre père. Elle a essayé de le faire passer par tous les moyens et ça a atteint le cerveau de son bébé.*

*Papa était peintre. Il respirait sans arrêt des vapeurs de peintures très agressives et à l'époque, il n'y avait pas de protection. Mes deux sœurs ont été touchées.*

La recherche de causalité inscrit l'évènement dans une dimension humaine, avec un scénario explicatif qui pourrait arriver à tout un chacun, et vient ainsi contrer l'angoisse catastrophique d'être ostracisé. Ces reconstructions idéiques permettent ainsi de réaménager une histoire familiale afin qu'elle soit moins douloureuse et culpabilisante, tout en mettant à distance les répercussions transgénérationnelles du vécu de honte traversant les familles.

La solitude des familles confrontées au handicap est également un marqueur important à recontextualiser. C'est avec les travaux de Roger Misès et de son équipe qu'une prise en compte de l'épreuve qu'elles traversaient a commencé à s'élaborer dans les institutions soignantes. En s'intéressant à la vie psychique du sujet et à l'impact d'une approche institutionnelle qui soutiendra le développement de dispositifs sectoriels, les pratiques se sont orientées vers un accueil précoce et pluridisciplinaire du sujet et de sa famille. Roger Salbreux s'est également tourné vers elles en s'intéressant aux pratiques de l'annonce du handicap et à ses impacts jusqu'à réussir à impulser l'ouverture des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) qui n'aura lieu qu'en 1976 (Salbreux, 2007). En creux, nous comprenons qu'avant cette date, le soutien aux familles s'avérait carencé.

Proche de ces acteurs qui œuvraient pour la construction d'une « psychiatrie médico-sociale » (Salbreux, 2006), Elizabeth Zucman s'intéressait aux enfants dits « encéphalopathes profonds » et a obtenu en 1964 qu'ils accèdent aux soins pour ne plus être hébergés – ou relégués – au long cours dans des pouponnières de l'Assistance publique ou dans les hospices (Zucman, 2011). Nous l'avons vu dans notre intermède, ses travaux ont révélé que, jusqu'à cette date, les soins des enfants dits « encéphalopathes » n'étaient pas remboursés par la Sécurité Sociale, dans la mesure où ils étaient considérés « irrécupérables » médicalement, contrairement à ceux pour qui une amélioration était jugée envisageable. Il était préconisé et d'usage de « placer » les enfants en institution lorsque le handicap était découvert.

Le contexte des années soixante, antérieur au développement de la clinique du handicap, ne permettait pas de s'appuyer sur les éléments de compréhension dont nous disposons actuellement. De nombreux travaux dans ce champ, aujourd'hui spécifique, mettent à jour le traumatisme provoqué par l'irruption du handicap dans une famille et sa blessure narcissique. Les tout premiers liens sont altérés, les processus identificatoires et l'accordage affectif risquent d'être défailants et ainsi d'engendrer une désorganisation des mécanismes d'attachement primaire entre l'enfant, ses parents et sa famille (André-Fustier, 2011). Nous détaillerons le destin de ces mécanismes en développant la situation clinique de la famille de Monsieur C., un des rares accueillis à avoir été maintenu dans un lien familial tout au long de son institutionnalisation.

L'évolution de la législation à partir des années 1980 a contribué à solidifier les liens entre institution et familles, puisqu'elle a peu à peu préconisé que les parents puissent être associés au projet institutionnel de leur enfant. Ainsi, lorsque la maison d'accueil



spécialisée a ouvert ses portes en 2003, une démarche de lien avec les familles a été engagée par l'éducateur spécialisé, certainement bien ancré dans cette culture récente et soutenu par la cadre socio-éducative qui, nous l'avons vu, dénonçait un abandon institutionnel. Pour ce faire, il s'est appuyé sur les coordonnées dont il disposait dans les dossiers des patients, afin d'envoyer des courriers annonçant l'accueil de la personne au sein de la maison d'accueil spécialisée. Cette démarche a permis que se retissent des liens pour quelques accueillis, mais dans des proportions assez modestes. De nombreux courriers lui sont en effet revenus, la trace de ces familles étant alors perdue.

Lors de l'ouverture, vingt personnes accueillies étaient nées avant 1970 et avaient été séparées de leur famille dès l'enfance. Neuf personnes avaient conservé des liens familiaux, majoritairement celles qui avaient été hospitalisées dès la première séparation ou pour qui un bref séjour à l'hospice avait précédé l'hospitalisation. Mais au fil de toutes ces années, certains de ces liens s'étaient étiolés, des parents étaient décédés ou s'étaient éloignés, la fratrie ne restant pas systématiquement en contact avec leur frère ou leur sœur. C'est avec ces éléments que l'institution a fait le choix de s'engager dans un travail de reprise du lien mené auprès de plusieurs familles, principalement des fratries.

Pour les sept personnes sans aucune famille, dont nous n'avons aucune trace, nous observons qu'elles ont, pour la majorité, été placées très tôt à l'hospice avant d'être hospitalisées. Les carences de témoignages de cette enquête ne nous permettent pas d'en savoir davantage quant à l'absence de maintien du lien avec les enfants placés très jeunes en hospice ou en famille d'accueil. Mais si nous n'avons pas de trace, nous pouvons toutefois supposer que ce maintien du lien enfant-famille n'était peut-être pas une priorité de la politique de placement pour ces institutions. Quatre autres personnes étaient pupilles de l'État et avaient été placées en famille d'accueil avant l'hospitalisation ou le placement en hospice, et trois d'entre elles venaient du département de la Seine.

Contemporaines à la pensée innovante de Roger Misès, les différentes traces retrouvées dans les anciens dossiers d'hospitalisation témoignent d'un certain soin du maintien du lien de la part des médecins dès cette époque, mais il s'avère que la volonté du médecin n'était peut-être pas suffisante. En outre, nous l'avons évoqué plus haut, la date de création des CAMSP est trop tardive pour que les familles des sujets placés à cette époque aient pu bénéficier de l'accompagnement pluridisciplinaire et précoce mis en place à la fin des années 1970.

Les parents ou les fratries que nous avons pu rencontrer évoquent tous qu'il leur était difficile et douloureux de se rendre en visite à l'hôpital. Nous avons vu plus haut quel était le contexte du service des enfants. Pourtant, les dossiers nous livrent que la médecin-chef tentait d'impliquer les familles en les invitant à venir rendre visite à leur enfant et en entretenant une correspondance régulière avec eux. Le dossier d'une accueillie nous révèle que l'hôpital a engagé une enquête sociale pour retrouver ses parents qui semblaient s'être volatilisés après avoir fait hospitaliser leur fille. Le service organisait chaque année une fête de Noël où les familles étaient conviées, tradition perpétuée à la maison d'accueil spécialisée.

C'est lorsque certains enfants atteignaient l'âge de seize ans et quittaient le service dédié pour être hospitalisés dans des pavillons d'adultes que les familles rapportent des souvenirs souvent traumatiques d'une institution peu accueillante, parfois même hostile, où le lien avec les médecins n'avait plus la même qualité qu'au service des enfants. Si tous les enfants n'étaient pas orientés dans ces services, nous observons qu'il s'agissait de protéger les patients « les plus déshérités » et que les plus « robustes », ou ceux qui « représentaient un danger pour les autres » étaient ainsi transférés. S'agissait-il de ceux qui accédaient alors à une sexualité génitalisée, marquant ainsi un passage vers l'état adulte et qui donc, ne pouvaient être maintenus dans le service des enfants – « des enfants qui avaient bien quarante ans » ?

Les sœurs de Monsieur C., dont nous étudierons le cas clinique dans ce chapitre nous racontent :

*En 1966 il est allé chez les adultes. Ça m'a choquée ! Ce pavillon tout en longueur, excusez-moi, mais ça faisait asile de fous ! Je suis arrivée là-dedans... Ohlala ! Il y avait une table où on allait et là ils venaient tous. Alors mon frère il était pas normal, mais quand je les voyais arriver eux, j'avais peur, vraiment j'avais peur. Et puis on n'avait pas d'intimité à cette table. Ils étaient tous dans la pièce. On amenait des gâteaux, tout le monde se précipitait comme des pigeons ! Il y en avait un qui fumait dehors, puis il envoyait son mégot dedans ! C'était comme un gag d'histoire de fous !*

La mise à distance au moyen de l'humour révèle-t-elle le malaise de ces jeunes femmes, au milieu des patients masculins de ce service où l'inconscient était à ciel ouvert ? Ou bien, est-ce le sentiment d'être seules au milieu des patients qui était difficile du fait de l'absence de lien privilégié avec des soignants qui ne semblaient ni présents, ni impliqués

dans la rencontre ? Les quelques familles évoquant ces services de 1970 et jusqu'au début des années 1990 soulignent leur déshumanisation et le sentiment d'insécurité qu'elles ressentaient lors des visites. Elles disent toutes regretter le service des enfants dont la séparation semblait réactiver le traumatisme de l'annonce du handicap, puis du placement. Simone Korff-Sausse (1996) a montré que l'achoppement du « deuil de l'enfant idéal » se représente à chaque étape de l'évolution du sujet, et surtout de son handicap (p. 44-48). Ainsi, comment ces familles intégraient-elles le fait que leur enfant (mais aussi frère ou sœur) devienne un adulte pour qui une longue vie asilaire se dessinait devant lui ? Mais surtout, comment aménager la culpabilité de le laisser alors seul au milieu des autres dans ces conditions qui paraissaient si difficiles ?

Les dispositifs d'accompagnement des familles touchées par la naissance d'un enfant avec un handicap, ou par la révélation tardive de celui-ci, sont aujourd'hui relativement efficaces et bien organisés. Nous récoltons le fruit des efforts de nos précurseurs, qu'ils soient cliniciens ou acteurs de terrain. Ils n'auraient pu obtenir ces évolutions sans le combat conjoint des familles, qui se sont elles aussi organisées et fédérées pour réussir à ce que la société puisse peu à peu considérer leur souffrance et leurs difficultés (Zafiropoulos, 1981). Ainsi, ce combat éminemment politique et sociétal s'est appuyé sur des avancées conceptuelles dont nous avons tenu compte pour fonder notre recherche.

Toutefois, force est de constater l'exclusion encore très active dont souffrent toujours aujourd'hui les personnes en situation de handicap. Notre thèse porte largement sur ses mécanismes et ses origines socio-historiques et nous tenons à insister sur ce point. Simone Korff-Sausse (2005) montre que l'altérité est au fondement du tissu social, dans la mesure où pendant très longtemps notre identité s'est construite à l'inverse, à partir du principe de similarité vis-à-vis de l'autre. C'est avec la modernité que nous sommes ouverts à l'altérité et à l'étrangeté, la psychanalyse ayant été un support de ce passage identitaire. Mais elle nous met en garde : « Confondre toutes les formes d'exclusion – qui sont en réalité hétérogènes – contribue à gommer la singularité », dans la mesure où vouloir intégrer et inclure l'autre à tout prix nous incite à nier sa différence, alors qu'il s'agit de la respecter et de la valoriser. Cette proposition rejoint celle que nous avons vue avec les travaux de Jean-François Ravaud et d'Henri-Jacques Stiker (2000) à propos des modèles de l'inclusion et de l'exclusion, Stiker (1982, 2017) étant en outre un fervent défenseur politique de l'altérité si notre société parvenait un jour à devenir réellement inclusive.

L'orientation psychanalytique de Simone Korff-Sausse lui permet de révéler plusieurs potentialités d'exclusion que véhicule le handicap. Déjà, elle observe le désintérêt, pour ne pas dire la déception, que suscite la déficience :

Ce désintérêt me semble lié aux caractéristiques mêmes du handicap, à savoir son organicité et son aspect irrémédiable. L'atteinte organique vient signer un double échec. Échec de la pensée causaliste, car on ne peut pas expliquer une anomalie chromosomique ou une maladie métabolique. Échec de l'idéal thérapeutique, car l'origine organique diagnostiquée et objectivée signe son irréversibilité et l'impossibilité de sa guérison. Ainsi face à cette butée qu'impose la réalité, le corps handicapé introduit une opacité, qui est une forme particulière d'exclusion : exclusion du champ de l'investigation psychologique, donc de la pensée. (2005, p. 142)

Son constat fait lien avec notre réflexion à propos de l'incurabilité et de la relativité de l'effort thérapeutique et social pour faire évoluer celle-ci vers l'éducabilité. Mais elle observe aussi que lorsque le handicap se découvre au regard de l'autre, il s'expose à nos pulsions meurtrières issues des fourvoiements eugénistes de nos représentations collectives à propos de l'anormalité. Simone Korff-Sausse interroge ainsi les débats scientifiques autour de la procréation de l'hypermodernité d'aujourd'hui :

Dans une société qui exalte le respect de la différence, on en vient à vouloir éradiquer toute différence dès lors qu'elle apparaît comme déplaisante ou anormale. La prévention du handicap risque alors d'aboutir à la perspective terrifiante d'un enfant programmé, qui doit être en tout point conforme à l'image de l'enfant idéal. Les nouvelles techniques médicales sont potentiellement génératrices de nouvelles formes d'exclusion, particulièrement sournoises et radicales. (*ibid.*, p. 143)

En avançant que le sujet handicapé n'est « *même pas* » un exclu, elle rejoint la théorie de la liminalité, « ni chair ni poisson » vécue subjectivement par Robert-F. Murphy (1990) en contredisant l'idée que l'espace d'exclusion dévolu aux personnes handicapées soit un espace subjectif dans la dynamique sociale (Michel, 2009). Sur ce point, le concept de mésinscription développé par Alain-Noël Henri (2012) s'ajuste mieux au propos de Simone Korff-Sausse. Sa conclusion pointe la persistance de l'idée d'inutilité que nous avons vue être opposée aux injonctions de performance déployées au fur et à mesure que la société se modernisait : « Sans statut, sans fonction, même pas exclu... en quelque sorte, ils sont inutiles... » (2005, p. 144).

Elle émet l'hypothèse que le rejet suscité par le handicap prendrait sa source dans le fantasme d'une filiation fautive. Avec la découverte du handicap de leur enfant, la filiation est rompue et écarte les parents de toute perspective de descendance. Ainsi, la question de la transmission se pose tout au long de la maturation de l'enfant et de son développement psycho-sexuel, jusqu'à mettre en péril la construction de son identité sexuelle, notamment à partir du moment où l'adolescence lui donne accès à une sexualité généralisée. Pour Simone Korff-Sausse, ce point de fixation s'inscrit dans notre rejet « de la potentialité d'un lien d'engendrement et d'une filiation virtuelle » :

Le tabou qui recouvre la sexualité d'un individu handicapé serait lié au fantasme d'un rapprochement sexuel avec lui. Attirance aussitôt recouverte par le dégoût. Désir refoulé qui apparaît sous forme de crainte. Le refoulement porte sur le fantasme d'une relation sexuelle avec un être qui évoque quelque chose de monstrueux. Plus encore : ce qu'il faut nier, c'est l'attirance que l'on pourrait éprouver pour cet être. Ce fantasme-là me semble, en dernière analyse, être à l'origine de toutes les conduites d'évitement mises en place de manière très générale dès qu'il est question de handicap. (2010, p. 55)

Elle nous propose ici une piste complémentaire de compréhension du souhait de contrôler et possiblement d'interdire le mariage entre personnes marquées par la déficience, prônée par Bénédicte-Augustin Morel, et du développement des pratiques de stérilisation que nous avons évoquées dans notre première partie (I.1.2.). Envisager l'exclusion du sujet handicapé sous l'angle des représentations collectives de sa sexualité interdite nous amène à faire le lien avec la construction sociale du stigmaté et le processus d'intériorisation de celui-ci par le sujet.

Irving Goffman (1963) a lui aussi montré que les facteurs d'exclusion étaient, dans un premier temps, extérieurs au sujet :

De plus, les critères que la société lui a fait intérioriser sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience, et qui, inévitablement, l'amènent, ne serait-ce que par instants, à admettre qu'en effet il n'est pas à la hauteur de ce qu'il devrait être. La honte surgit dès lors au centre des possibilités chez cet individu qui perçoit l'un de ses propres attributs comme une chose avilissante à posséder, une chose qu'il se verrait bien ne pas posséder. (p. 16 – 17)

Tous les soignants ou éducateurs étant sortis de l'institution pour se rendre dans la cité avec des personnes handicapées font l'expérience du regard de l'autre, nous avons

rapporté une situation en ce sens dans notre première partie (I.1.2.). Si leur rôle social les protège, il n'en va pas de même pour les sujets qui se sentent alors exposés et souvent attaqués par ces regards intrusifs. Les travaux d'Olivier Rachid Grim (2000) proposent d'étudier les représentations sociales du handicap en s'appuyant sur l'évolution de la figure du monstre à travers l'histoire. Il ne s'agit évidemment pas d'une comparaison linéaire, mais d'une part, elle met en évidence la fascination exercée par l'altérité sur la scène sociale et d'autre part, elle s'approche au plus près du ressenti des personnes handicapées et de leurs familles lorsqu'elles doivent se présenter au monde. Cette thématique du monstrueux apparaît en filigrane de notre réflexion, bien sûr d'un point de vue symbolique. C'est une précision importante car nous observons que ce thème heurte nos collègues de la maison d'accueil spécialisée.

Pour conclure cette réflexion, rappelons que les mécanismes de la honte ont cette particularité de désorganiser l'espace psychique du sujet à partir d'une intersubjectivité. Serge Tisseron (1992) souligne que la honte survient lorsqu'un traumatisme risque de nous stigmatiser par le regard de l'autre, de notre groupe social. C'est l'idéal du moi qui est en jeu, le danger de l'effondrement narcissique qui nous entraînerait du côté de l'inhumanité. Nombreux sont les parents qui énoncent avoir été confrontés à un fantasme de disparition et qui ont eu comme première réaction la démarche de cacher cet enfant, ou son handicap dans le meilleur des cas. Ils racontent aussi leur sidération et ce profond sentiment d'être isolés, seuls au monde. Le travail effectué auprès des familles encore présentes à la maison d'accueil spécialisée – généralement des fratries – semble leur permettre de s'engager dans le dépôt de leur vécu honteux et de pouvoir être entendues auprès d'un interlocuteur qui partage partiellement sa dimension secrète. Les mécanismes du secret de famille apparaissent à l'œuvre, tout comme la dimension transgénérationnelle de la honte lorsque l'on considère l'impact du handicap sur le fonctionnement familial, en particulier sur les relations fraternelles et sororales. Lorsque l'on travaille auprès de sujets handicapés, aujourd'hui, il est davantage d'usage d'évoquer la question de la culpabilité que celle de la honte, notamment à propos des familles. Pourtant, l'arrivée d'un enfant porteur d'une anomalie dans une famille provoque l'expérience de la honte. Albert Ciccone et Alain Ferrant (2012) soutiennent que les affects de honte et de culpabilité se trouvent indifférenciés au moment de l'effraction traumatique. Ils s'appuient sur la métapsychologie pour distinguer la culpabilité de la honte en proposant que la culpabilité s'inscrive dans un conflit entre le moi et le surmoi, tandis que la honte

se révélerait davantage lorsque l'idéal du moi est attaqué. Aujourd'hui, des instances telles que les CAMSP, les SESSAD<sup>54</sup>, les institutions spécialisées viennent se poser en tiers pour soutenir la place de l'enfant au sein de sa famille. Si la honte est active dans un premier temps traumatique, le travail d'accompagnement effectué par les professionnels auprès de la famille peut permettre des aménagements et une évolution vers la culpabilité, davantage mobilisable.

## MONSIEUR C.

Nous allons maintenant étudier la situation clinique de la famille de Monsieur C., né en 1950, accueilli à la maison d'accueil spécialisée depuis son ouverture. Il a trois sœurs, dont une jumelle, une sœur aînée et une puînée. La particularité de l'histoire de vie de Monsieur C., en comparaison aux autres accueillis de sa génération, est que sa famille a toujours maintenu un lien avec lui bien qu'il ait été hospitalisé à temps complet dès 1960, donc à l'âge de dix ans.

Nous avons eu l'occasion de nous entretenir à plusieurs reprises avec sa mère durant l'accueil de Monsieur C., et plus récemment avec ses deux sœurs à l'occasion d'un entretien de recherche. Nous n'avons pas eu l'occasion de connaître l'aînée de la fratrie. Elle vivait à l'étranger lorsqu'elle a succombé à un infarctus en 2011. Cet événement m'était raconté par Madame C. qui s'en montrait très atteinte à chaque fois que nous la rencontrions.

Monsieur C. et sa jumelle sont nés prématurément, à 32 semaines d'aménorrhée. C'était un bébé hypotonique et chétif qui pesait 1 kg 150 à la naissance. Les jumeaux étaient dizygotes. Sa mère fait ce récit :

*On ne savait pas que j'attendais des jumeaux parce qu'il a grandi sur le dos de sa sœur, comme un petit déchet. Quand il est né, c'était à sept mois, on aurait dit un pauvre lapin écorché. Sa sœur était petite aussi, c'était après la guerre, on n'avait pas tout ce qu'il fallait, alors on la mettait dans une boîte, avec des bouteilles d'eau chaude autour d'elle. À la maternité, on me l'a pris tout de suite. Je criais « qu'on me donne mon garçon ! », mais le docteur était mauvais après moi. Il ne voulait pas me le rendre. Il m'a dit : « Si*

---

<sup>54</sup> Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

*vous le prenez, il va mourir. » Je l'ai pris quand-même, et à la maison, on le soignait avec l'instinct, comme un lapin dans sa cabane. Finalement, il a bien grandi.*

Le récent développement de la clinique du handicap a mis à jour des mécanismes inconscients que ce récit vient illustrer. Nous verrons tout au long du déroulé de cette situation clinique comment se mêlent et évoluent les affects de culpabilité et de honte au sein de la famille, ainsi qu'Albert Ciccone et Alain Ferrant (2009, 2012) ont pu décrire leur évolution conjointe.

Nous proposons ici de comprendre le *on ne savait pas* par *je ne savais pas que j'attendais des jumeaux*. Madame C. nous livre ici qu'elle n'avait pas anticipé l'existence de ce deuxième fœtus dans son utérus. Bien que le *on* révèle une mise à distance avec un partage de cette erreur d'anticipation, nous repérons une source de culpabilité post-traumatique et l'explication du phénomène – que l'on pourrait presque qualifier d'épiphénomène – qui projette fantasmatiquement la faute sur l'objet lui-même : *parce qu'il a grandi sur le dos de sa sœur*. Elle ne s'approprie pas l'évènement, ne s'en attribue pas la responsabilité : le traumatisme n'est pas écarté (Ciccone & Ferrant, 2012, p. 20).

Il est évidemment essentiel de replacer cette naissance dans son contexte des années cinquante. Sylvain Missonnier (2007) nous rappelle que ce n'est qu'à partir des années soixante-dix que la médecine prénatale s'est développée, permettant un diagnostic anténatal qui ne cesse depuis de s'affiner au gré des évolutions technologiques dans ce domaine. Sans les nombreuses informations médicales dont nous disposons aujourd'hui tout au long de la grossesse, l'anticipation périnatale devait alors s'accommoder du « point aveugle » (p. 66) d'une science circonscrite par ses limites technologiques. De sa place de psychologue clinicien en maternité, Sylvain Missonnier observe que de nos jours plus le diagnostic anténatal s'affine, plus le rapport entre incertitude et anticipation se tend et se complexifie. Il nous rappelle la fréquence des angoisses prénatales qu'il évoque sous l'éclairage du concept freudien d'*inquiétante étrangeté*. Si Madame C. s'est trouvée confrontée à de l'imprévisible, qui se contextualise avec son époque, elle a certainement aussi été traversée par des fantasmes de monstruosité enfouis, « restés cachés » (Freud, 1919). L'accompagnement anténatal dont elle bénéficiait à cette époque ne permettait ni leur émergence, ni leur symbolisation.

Sylvain Missonnier fait l'hypothèse de la structuration du fonctionnement psychique prénatal en proposant l'articulation dialectique de « l'angoisse signal psychologique » –



créative, dynamique, « organisatrice d'identifications projectives empathiques » – avec « l'angoisse automatique psychopathologique » – rigide, désorganisante, inhibitrice et ne permettant pas « l'anticipation adaptative parentale » (*op. cit.*, p. 70-71). Il insiste sur le rapport complémentaire et dynamique de ces deux processus, l'angoisse signal venant finalement étayer l'angoisse automatique :

Cette mise en perspective du fonctionnement psychique prénatal avec la question de l'annonce d'une anomalie fœtale ou d'un handicap à la naissance offre une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront, en partie, de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés. (*ibid.*, p. 71-72)

Plus de soixante ans après la naissance de Monsieur C., les éléments de langage de sa mère au sujet de ce bébé sont singuliers et nous laissent constater que le souvenir de l'annonce reste intact et non métabolisé malgré toutes ces années. Du *petit déchet* au *pauvre lapin écorché*, leur fond d'horreur contraste avec le ton affectueux du récit de Madame C. Ils témoignent de la violence du choc traumatique provoqué par la survenue de ce bébé que l'on n'attendait pas. Son altérité qui a ainsi surgi est certainement venue empêcher l'idéalisation du premier lien d'attachement : il est d'abord rejeté, impur, déchu puisque *petit déchet* ; le déchet étant destiné à être éliminé. L'image du *pauvre lapin écorché* montre qu'un processus d'identification projective se met en œuvre pour dénier la répulsion du premier regard et tenter de donner à cet enfant une place dans la famille, notamment auprès de sa jumelle. Mais l'image de l'animal met à distance son humanité. Sous couvert d'une illusion symbiotique (Ciccone 2017), ce petit lapin domestique aura donc toujours besoin d'une main humaine et familière pour entretenir sa *cabane* et être nourri.

Nous observons le mouvement d'élaboration de la culpabilité qui a certainement permis à Madame C. de réorganiser ce vécu traumatique et la « déception originare » qui l'accompagnait alors. Albert Ciccone (2012) définit la déception originare comme « le reflet de la blessure narcissique éprouvée dans un contexte de désillusion brutale » (p. 160). Elle ne dit rien de l'évènement de cette naissance, du saisissement de la découverte de l'enfant et de la sidération, tant chez elle que chez les soignants qui accompagnaient l'accouchement.

*Si vous le prenez, il va mourir*, dit le médecin qui met en acte le possible abandon et anime des fantasmes de mort. Madame C. s'en dégage en reconnaissant finalement l'humanité de ce bébé et sa qualité de *garçon*.

Avec sa métaphore du « miroir brisé », Simone Korff-Sausse (1996, 2008) décrit l'écart qui se creuse entre l'enfant sain, parfait et idéalisé que tout le monde attendait (les parents, les soignants et au final la société entière) et celui qui vient à naître avec son anormalité :

L'enfant handicapé, tel un miroir brisé, renvoie à ses parents une image déformée dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître, et partant, à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort. Il y a rupture du contrat. (2008, p. 103)

Elle s'appuie sur cette blessure narcissique pour constater combien le deuil de l'enfant imaginaire est un deuil impossible à faire. L'écart est si important entre cet enfant réel et l'enfant idéal attendu que les parents ne peuvent y renoncer. Ainsi écrit-elle que « l'enfant imaginaire garde sa place, comme un idéal inatteignable ou un double maléfique » (1996, p. 44). La naissance de Monsieur C. est d'autant plus complexe qu'elle est gémellaire. Ainsi, l'enfant idéal est bien là, incarné par sa sœur qui est investie comme une petite fille malgré sa prématurité. L'idée du double maléfique nous apparaît renforcée par le fait que le jumeau n'aurait pas pu être idéalisé, puisque non anticipé. À partir de cette hypothèse du miroir brisé, Henri-Jacques Stiker (2007) explore la thématique du double qui, dans le cas de l'infirmité, solliciterait notre altérité. L'image déformée reflétée par le miroir brisé que nous tend la personne handicapée ne serait qu'une contrefaçon de nous-même, qui nous rappelle sans cesse combien nous sommes mortels et incomplets. En maintenant le handicap à distance pour nous en protéger et sans vraiment toutefois chercher à le neutraliser, nous lui donnons un statut liminaire, entre le rejet et l'intégration. Si la naissance de Monsieur C. est venue révéler les fantasmes d'*inquiétante étrangeté* de sa mère parturiente, il a aussi dévoilé un double étrange et contraire de sa sœur, son négatif, telle l'image inversée du daguerréotype.

Lorsque Régine Scelles (2013) s'intéresse aux mécanismes identificatoires, elle écrit que « l'altérité naît d'une suffisante similitude. » (p. 140). Dans un mouvement délicat, il s'agit donc de se reconnaître semblable au sujet handicapé tout en le préservant de projections trop aliénantes et persécutrices pour que puissent s'articuler, de façon structurante, identification et différenciation.

En outre, Simone Korff-Sausse (1996) observe une identification massive des parents à l'enfant handicapé et à sa souffrance, à « la partie blessée de soi-même que l'enfant abîmé ou malade vient incarner et qui est douloureusement intriquée aux zones les plus archaïques de la personnalité. L'enfant qui, du fait de son inachèvement et de son incomplétude, sera toujours perçu par ses parents comme un morceau d'eux-mêmes. » (p. 48). De l'impossibilité du deuil et de sa symbolisation, elle décrit un mécanisme d'incorporation proche de celui du deuil pathologique, qui s'inscrit aussi profondément et conjointement à la sidération traumatique de la naissance ou de l'annonce du handicap :

L'incorporation, à la différence de l'introjection, est une manière de faire l'économie du travail de deuil et de la séparation. En effet, les mères d'un bébé handicapé ont tendance à réincorporer ce corps blessé, anormal, inachevé, non conforme de leur enfant, comme si elles le reprenaient en elle afin de lui donner une forme achevée et normale. (2008, p. 113)

Cette séparation empêchée servirait également le fantasme de protéger l'enfant vulnérable d'un monde hostile et persécuteur, en engageant toute la famille à se regrouper autour de lui, dans une symbiose familiale qui va s'opérer durant les dix ans où Monsieur C. a vécu au sein du domicile familial.

Pour Régine Scelles, le lien fraternel est un terrain favorable au processus de subjectivation et aux expériences identificatoires et différenciatrices, en tant que « prototype relationnel de l'appareil créateur et transformateur de liens aux autres. » (2004, p. 71). Mais lorsque le sujet se construit avec l'étayage identificatoire de son double et que leurs premières expérimentations sont partagées dans « un espace psychique commun », se différencier pour s'individuer va alors nécessiter de pouvoir s'échapper de cette étreinte symbolique. Régine Scelles observe le fantasme des jumeaux d'être « une partie d'un tout *réparti* dans deux corps » (*ibid.*, p. 73), l'un venant combler l'incomplétude de l'autre. Dans le cas de la déficience d'un des jumeaux, ce principe de « vases communicants » est d'autant plus renforcé qu'il contribue à aménager la culpabilité familiale vers un espoir de réparation. À la faveur d'une nouvelle répartition des avantages entre les deux enfants, l'un pourrait être augmenté et l'autre sacrifié :

La jumelle : *Je le suivais partout. Quand il a été placé, je me suis demandée ce qu'il s'était passé. Je me suis dit mais pourquoi lui il s'en va mais pas moi ?*

La puînée : *Oui aussi tu dis souvent : pourquoi c'est pas moi qui a été anormale à la place de C. ?*

La jumelle : *C'est vrai je me demande pourquoi souvent. C'est peut-être de ma faute qu'il soit comme ça ? Je suis née la deuxième et peut-être que je me suis développée bien et pas lui. J'ai peut-être tout pris. Alors qu'elle regarde la courbe de croissance sur un document : vous voyez, moi j'étais toujours plus grosse que lui !*

*Maman disait que s'il était comme ça, c'est parce qu'on n'avait pas été conçus en même temps. Lui avait été conçu plus tard, c'est pour ça. Vous croyez que c'est possible ça ?*

Les travaux de Régine Scelles repèrent des mécanismes qui traversent ces familles même s'ils nous montrent aussi qu'aucune histoire familiale ne ressemble à une autre, même lorsque la présence du handicap est un point commun. Ici, nous retrouvons bien la culpabilité de sa jumelle et un questionnement qui est resté intact tout au long de sa vie, puisqu'elle nous questionne ainsi alors qu'elle a 72 ans. L'évolution de Monsieur C. s'est avérée bien différente de celle de sa jumelle, également prématurée, qui a rapidement rattrapé un niveau de développement ordinaire. Lui a souffert de convulsions durant sa première année et d'un retard de développement psychomoteur puisqu'il n'a acquis la marche et la propreté qu'autour de ses cinq ans, âge auquel un syndrome de Little lui a été diagnostiqué.

Le récit de Madame C. décrit de façon concrète le quotidien de sa famille durant les dix premières années de son garçon :

*On a tout essayé pour le guérir. On est allé loin, jusqu'en Belgique, pour voir des docteurs et même des rebouteux. Il a été opéré des tendons à Paris parce qu'il marchait sur la pointe des pieds, mais ça n'allait pas mieux et en plus il a souffert.*

*Pourtant on s'en occupait bien. On lui a appris des chansons, à lire les lettres. Il connaissait tous les départements de France, il savait même les mettre sur une carte. Il aurait pu faire des études s'il n'avait pas été handicapé, c'était un bon garçon vous savez. Mais il mangeait tout, et il criait, et il se sauvait aussi.*

*On lui a appris à être propre. On s'était organisés, je l'attachais à la table sur un petit seau pour qu'il fasse ses besoins. Il comprenait bien. On était tous autour de lui.*

La forte mobilisation de la famille autour de cet enfant se présente comme un aménagement qui tente de s'opposer à la fracture provoquée par sa naissance inélaborable et par la blessure narcissique à laquelle son handicap la confronte. Que les trois sœurs s'impliquent pour la réparation de leur frère a certainement été source de gratification

narcissique, tant pour les parents à propos de l'éducation et des capacités de leurs filles, que pour elles-mêmes qui aménageaient ainsi leurs potentiels mouvements agressifs en s'inscrivant positivement dans le contrat transgénérationnel du « pacte de solidarité familiale » (Scelles, 2010, p. 101, p. 106). Lorsqu'elle articule sa clinique aux apports de René Kaës (1993, 2014) à propos de l'organisation groupale de la famille, Régine Scelles observe que le repli des familles dans une pensée indifférenciée leur permet de se protéger des effets sidérants du traumatisme, à l'écart de l'effondrement, pour se structurer autour de la subjectivation de l'enfant et de son handicap (Scelles, 2013). Ce mécanisme défensif a aussi pour effet de diffracter les aspects négatifs du handicap, que le sujet atteint ne sera plus seul à supporter, puisqu'ils seront partagés par chacun des membres de la famille. Mais cette forme de compensation a aussi pour effet de produire des phénomènes de contamination fantasmatique de la déficience, ainsi qu'une contagion du sentiment de honte généré par l'anormalité de l'enfant handicapé (Scelles, 2007).

À plusieurs occasions, alors qu'elles ne sont pas ensemble, nous entendons le même discours prononcé par l'une des trois femmes, avec les mêmes mots. Albert Ciccone (2012) confirme la fonction d'une telle « symbiose familiale » :

Toutes les figures de la symbiose familiale autour d'enfants porteurs de handicap sont au service de la réparation du dommage narcissique, et de la tentative d'élaboration du manque traumatique – qui souvent cependant, par le fait même de la symbiose, échoue à s'élaborer. (p. 171)

En outre, lorsque Ciccone et Ferrant (2012) proposent que la symbiose soit aussi une figure du lien incestuel – en tant que déploiement fantasmatique et honteux de la faute originaire –, ils remarquent que celui-ci reste un agent de lien malgré sa qualité précaire :

Face à la disqualification de la parentalité, voire de l'humanité même, face au désespoir, aux désirs non reconnus d'abandon ou de meurtre, l'investissement désobjectalisant, désobjectivant, l'investissement de l'enfant comme un objet-à-réparer, par exemple, est souvent le seul investissement possible qui garantisse le lien. (p. 22-23)

Les sœurs rapportent s'être impliquées dans une posture soignante et rééducative, sous l'impulsion de leur mère qu'il semblait nécessaire de soutenir contre la menace de l'effondrement. Elles ont ainsi adopté une position parentale, pour mener une lutte contre les déficits dévalorisants de leur frère qu'elles auraient donc tenté de combler par un « altruisme compensateur » (Scelles, 2010, p. 85) :

La jumelle : *C'était surtout notre sœur aînée qui s'occupait beaucoup de lui et je pense qu'elle allait plus le voir que nous. Maman elle nous préservait. Mais on se relayait. On lui faisait faire des puzzles, de la pâte à modeler.*

La puînée : *Oh oui, il la mangeait même ! Mais c'est vrai qu'on s'en occupait beaucoup quand-même, de toute façon on pouvait pas le laisser cinq minutes, donc il fallait bien qu'on s'en occupe quand maman elle avait des choses à faire.*

La jumelle : *On était tous autour de lui. Et papa aussi.*

La puînée : *Ah ça, papa c'était pas le genre d'homme à rester assis les bras croisés. Il faisait deux jardins, les poules, la maison. Et il s'en occupait aussi. Mais c'était maman la cheffe !*

La jumelle : *C. il chantait des chansons. Il avait une très bonne mémoire alors que moi, la mémoire c'était zéro. Maman elle disait qu'on avait chacun nos cases. Mais heureusement qu'on était toutes les trois !*

Les trois filles semblent s'être construites dans un triumvirat identificatoire, une horizontalité sororale où la différence d'âge est rarement évoquée. Les mouvements identificatoires liés à leur parentification avaient aussi pour effet de renforcer l'altérité de leur frère, finalement seul dans sa position d'enfant handicapé du groupe familial.

La puînée : *J'ai marché bien avant lui, alors on s'en occupait toutes les trois. On avait les mêmes habits, en fait c'était nous les jumelles ! De toute façon, tu étais tout le temps collée à lui, mais il fallait être plusieurs pour s'en occuper. Elle pointe une photographie : Tiens, là on était à la balançoire ! Ah c'est sûr que j'ai marché avant lui.*

Nous observons que cette dynamique a engagé la famille dans une idéalisation de la fratrie. Il ne semble pas qu'il ait été possible pour ses sœurs de reprocher à leur frère la priorité donnée à sa guérison et sa place centrale, ni même d'exprimer des pensées agressives à son égard. Cette inhibition a eu pour principale fonction de contenir leur culpabilité. Lorsque nous les invitons à verbaliser leurs ressentis sur ce thème, leur parole va se libérer en plaçant l'agressivité de leur frère au premier plan :

La puînée : *Dans les comptes-rendus les psy, ils disaient qu'il était violent, mais il était pas violent avec nous.*

La jumelle : *Euh quand-même il m'avait mordu à la main, tellement fort ! J'avais toute la marque comme si il avait un appareil dentaire ! Il avait une de ces forces ! Quand on allait aux balançoires, des fois il me regardait d'un air !*

La puînée : *Ah oui il mordait. Et il se mordait aussi, il arrachait ses vêtements. À force il avait une brûlure à la main tellement il se mordait. C'est rien quand ils sont petits ces*

*gosses-là, mais après quand ils grandissent... Maman elle disait que le docteur avait dit qu'il fallait le placer parce qu'il aurait gâché la vie des autres.*

*La puînée : Quand papa est décédé, on lui a dit. Ben il n'a pas réagi. Quand on venait le voir, il attrapait notre sac et il disait « des gâteaux des gâteaux des gâteaux ! » C'était pas nous qu'il regardait. Il mangeait ses gâteaux puis il nous repoussait. À la fin on avait peur qu'il casse la petite main de maman. C'est pour ça que ces enfants-là, qu'est-ce que vous voulez que les familles les gardent ?*

*La jumelle : Maman elle disait que si je me marie, on ne peut pas imposer mon frère, ça aurait cassé mon ménage.*

*La puînée : Les gosses-là qui n'ont pas été placés, mais comment ils font les parents ?*

Les sœurs, dans leur récit, rapportent la solitude de leur mère et la mise à l'écart qui l'enfermait avec son fils dans une grande proximité. Au dernier entretien, nous apprenons que Madame C. n'a pas connu ses parents et qu'elle a été élevée par des « bonnes sœurs » dans l'est de la France. Le mythe familial reste assez flou mais vient expliquer la grande sensibilité de Madame C. à l'abandon. Les filles décrivent le peu de solidarité familiale du côté paternel. Elles racontent que pendant les réunions de famille, Madame C. était toujours « exclue » avec son fils. Celle-ci insiste d'autant plus sur le phénomène collectif qui a engagé la famille sous le coup de la transmission psychique, tant de la déception originaire que de la culpabilité, que l'on peut concevoir en particulier pour la jumelle du garçon. Nous comprenons aussi ici qu'elle a dû être taraudée par des angoisses d'abandon alors réactivées. Elle témoigne d'une organisation maniaque survalorisante qui, d'une part, allait à l'encontre de l'effondrement et de la sidération en mobilisant la pensée et d'autre part, écartait la réalité du handicap dans un processus schizoïde (Ciccone, 2012). Réparer cet enfant, se démener pour sa guérison – qui conditionne son inscription dans une lignée et dans un contrat narcissique – devient un sacerdoce collectif pour restaurer la qualité du lien narcissique. C'est donc l'engagement du groupe familial et son fort investissement qui sont mis en exergue dans les souvenirs de Madame C. Si l'enfant est idéalisé et fétichisé avec son potentiel de *bon garçon qui aurait pu faire des études*, la famille qui s'organise autour de lui pour le restaurer l'est aussi dans un mouvement qui tente de faire corps pour parer à l'effondrement et à la sidération.

Mais avec les échecs répétés de chaque tentative de guérison (les médecins consultés, l'opération orthopédique, les guérisseurs...), la désillusion se répète et réactive le

traumatisme. En tentant de contrer les manifestations archaïques et clastiques de Monsieur C. par des apprentissages éducatifs et scolaires, il s'agit de réduire l'écart identificatoire que l'étrangeté de l'enfant provoque. Ses capacités d'apprentissage sont alors soulignées dès lors qu'elles lui procurent la possibilité d'être reconnu comme un semblable pour être réaffilié en tant qu'enfant dans sa fratrie et ainsi estomper la violence de la première séparation psychique de cette naissance catastrophique.

Il est intéressant de remarquer ici que les principaux souvenirs des soignants de l'hôpital au sujet de Monsieur C. se rapportent à ses capacités d'apprentissages et à sa dextérité lorsqu'il se trouvait en situation éducative. Dans le chapitre sur Fernand Deligny en première partie (I.2.2.), nous citons l'exemple de sa connaissance des départements français en soulignant les enjeux relationnels d'une telle démonstration qui lui permettait de se distinguer dans un groupe de patients très déficitaires, mais aussi de donner à voir de lui un autre registre que celui du clastique. Nous pouvons ajouter ici que la mobilisation familiale réparatrice semble s'être transmise aux soignants qui ont eux aussi été traversés par ce fantasme du « *il aurait pu* ».

Quelques mots de Madame C. nous permettent de saisir la réalité de l'état de son fils et du cataclysme provoqué par ses troubles : *Mais il mangeait tout, il criait et il se sauvait aussi*. Les souvenirs de ses sœurs vont aussi en ce sens, lorsqu'elles dépassent leur retenue à l'égard du petit garçon qui apprenait des chansons, des mots et les départements :

*Ah ça, des bêtises il en faisait ! Des fois c'était rigolo, quand maman elle faisait une tarte, il passait et hop plus de fruits sur la pâte ! Mais d'autres fois... C'est pour ça que c'était plus possible. Il se levait la nuit, il cassait tout dans la maison.*

*On avait le poulailler. Papa allait voir s'il y avait des œufs et dès que papa il avait le dos tourné, il attrapait la poule et il arrachait ses plumes. Il l'aurait plumée vivante ! Il arrivait en douce, il marchait à 4 pattes et il arrivait à attraper les poules. Même à travers le grillage ! Papa a dit qu'il pouvait plus l'emmener, il risquait de les zigouiller.*

C'est ainsi qu'il est décrit lorsqu'il arrive à l'hôpital en 1960. Son dossier relate une instabilité émotionnelle et une impulsivité psychomotrice associées à une comitialité. Plus tard, lorsqu'il accèdera à la génitalité, des comportements automutilatoires et masturbatoires s'ajouteront au tableau clinique. À l'âge de seize ans, le choix sera fait de l'orienter vers un service pour adultes « *en raison de sa limite d'âge et du danger qu'il*



*peut présenter pour les petits par sa force* »<sup>55</sup>. C'est ici que l'on comprend à quel point son handicap avait tenté d'être subjectivé par ses parents, ses capacités d'apprentissage venant aménager et compenser la réalité de sa destructivité au quotidien, qui exacerbait le manque et l'échec narcissique de sa naissance.

Visualisons donc, dans un baraquement américain d'après-guerre avec une pièce de vie unique, une famille de quatre enfants dont le petit C. qui incorpore tout ce qu'il trouve et qui manifeste des états clastiques ne semblant pouvoir être contenus que lorsqu'il est occupé par ses sœurs, ou « *attaché sur son petit seau* », ou « *bien ficelé dans son petit lit* » lorsque la famille cherche un répit :

*L'assistante sociale disait qu'on ne pouvait pas rester comme ça. Puis un Professeur est venu le voir à la maison. Un Professeur qui vient chez des cheminots ! Il m'a dit : « Je vais vous faire très mal. Vous ne pouvez pas garder cet enfant chez vous, il va détruire toute votre famille ». J'étais trop fatiguée de tout ça. Alors on l'a placé. Vous savez, il y avait aussi des riches qui mettaient aussi leurs enfants. Eux ils étaient fiers. Les maladies touchent tout le monde.*

Au-delà de marquer un point de rupture et de réactivation du traumatisme de la naissance, cette scène nous apporte des éléments de lecture de la transformation d'un sentiment honteux. Ce récit place le processus social au premier plan, là où la confrontation au regard de l'autre stigmatiserait la famille C. d'abord pour sa condition.

Madame C. relate la visite du médecin chez eux en soulignant son asymétrie. Son statut fait autorité et permet l'intégration de la décision de placement. D'abord, celle-ci n'est pas critiquée et a une fonction préservatrice de fantasmes d'abandon, qui s'articulaient à des souhaits de mort lors de la scène de la naissance. Madame C. évoque ensuite la mixité sociale des jeunes patients accueillis à l'hôpital et la fierté des *riches*. De nouveau, le récit se décale de la sphère psychique et de ses conflits intimes pour cibler la sphère sociale, aux enjeux moins envahissants et davantage partageables aujourd'hui.

Que l'enfant soit resté à la maison durant dix ans au cœur de la symbiose familiale a certainement eu un effet protecteur quant au malaise provoqué par le regard de l'autre. Son étrangeté pouvait se déployer à l'abri des regards persécuteurs. Le père travaillait, les filles allaient à l'école – ou en colonie pendant les vacances – et Madame C. soignait son fils, à l'épreuve de l'isolement et de la perte. Ainsi restaient-ils cachés et protégés d'un

---

<sup>55</sup> Extrait du dossier du Monsieur C., 1966.

dévoilement honteux. Lorsque Madame C. évoque son sentiment d'infériorité sociale, elle déplace la disqualification qui toucherait son fils et son anormalité jusqu'à ce que celle-ci englobe sa famille entière en soulignant son sentiment de dissemblance sociale. La honte partagée par la famille entière a finalement pour effet de ne pas exclure un seul d'entre eux et fait de Monsieur C. un semblable, victime de la même injustice sociale que ses parents.

Vincent de Gaulejac (1996), avec son approche en sociologie clinique, qualifie la honte de « métasentiment », dont l'intériorisation « se constitue par coulées successives » (p. 28), mouvantes et contagieuses. Dans le cadre de son dispositif d'histoire de vie, il propose le bénéfice de pouvoir narrer son histoire au sein d'un groupe contenant et de s'appuyer sur le lien social et les mécanismes d'identification. Il insiste sur l'atteinte du lien social, qui va confronter le groupe à sa différence au regard de normes collectives, honte finalement socialisante si l'on considère que l'oppression sociale et sa violence symbolique touchent toute une partie de la population et maintiennent la famille cheminote parmi son groupe d'appartenance. La critique de la fierté des riches permettrait donc à Madame C. de préserver l'idéalisation de sa famille et de son groupe social en restant affiliée à leur humanité dans un mouvement de réhabilitation narcissique. Vincent de Gaulejac articule cette exposition avec l'intériorisation de la honte qui atteint la construction psychique du sujet en provoquant une rupture identitaire. Alors, le phénomène honteux se trouve dissimulé et encrypté, sous le joug du secret : « C'est parce qu'il y a une injonction de ne pas dire que le processus d'intériorisation se déclenche. » (*ibid.*, p. 242). Il devient indicible, inélaborable et non symbolisé mais pourtant, la souffrance psychique qui s'y relie persiste. Nous verrons plus loin que l'expérience de honte n'était finalement pas circonscrite à la sphère sociale.

Nous avons retrouvé le certificat du médecin qui préconisait ce placement, daté de 1960 :

*Depuis quelques années, apparaît une instabilité de plus en plus marquée avec une impulsivité et subagitation. Cet état devient impossible à soigner en milieu familial.*

*Dans ces conditions, j'estime que cet enfant doit être placé dans un établissement soumis au régime de la loi de 1838.*

La précision quant au choix d'établissement et au cadre légal nous montre que pour ce médecin, il était nécessaire que l'enfant puisse bénéficier de soins en psychiatrie. Écarté de l'hospice malgré le tableau d'infirmité motrice cérébrale et de comitialité qui sont des troubles neurologiques incurables, il fut estimé qu'il avait besoin de soins adaptés, au vu

de ses troubles du comportement très envahissants. Nous avons vu combien cette position clinique avait été compliquée à justifier auprès des organismes payeurs. Les sœurs de Monsieur C. nous ont transmis un courrier du médecin qui était venu leur rendre visite et qui avait tenté de faire hospitaliser le garçon dans un autre hôpital de la région, où il était alors médecin-chef. Pour des raisons que nous ignorons, ce ne fut pas possible et il fut décidé avec la médecin-chef du service des enfants inéducables qu'il y serait accueilli. Dans son courrier à Monsieur C. (le père), il explique cette décision puis donne une précision qui nous confirme l'importance de l'orientation de ce service en 1960 :

Pour me permettre de faire ce placement, veuillez m'envoyer mon ancien certificat dans lequel je supprimerai la notion d'éducabilité. Celle-ci n'étant pas administrativement admise à l'hôpital de X. Cela ne veut pas dire qu'il ne recevra aucune éducation et qu'on ne cherchera pas à l'occuper comme on le fait pour les enfants qui sont déjà placés.

Sa mère rapporte une séparation difficile, d'abord marquée par le vide de son absence à la maison. Lorsque nous lui posons la question, elle concède avoir pu ressentir un certain soulagement, mais en se justifiant aussitôt : « Nous étions très fatigués vous savez, ça ne pouvait plus durer, le docteur l'avait dit ».

L'hospitalisation de son fils a provoqué une expérience de séparation brutale, qui semble l'avoir extraite tout aussi soudainement d'un état de préoccupation maternelle primaire qui aurait duré dix ans. Donald W. Winnicott (1956) décrit ainsi « l'état organisé » de la mère, lorsqu'elle se trouve à l'extrême de son identification au bébé qu'elle vient de mettre au monde. La mère est alors décrite comme en retrait du monde, toute dévouée aux besoins de son nourrisson auxquels elle répond spontanément. C'est grâce à cet épisode, mais aussi à la « guérison de cette maladie normale » que le moi de l'enfant pourra s'élaborer en se reposant sur un « sentiment continu d'exister » (p. 287). La clinique nous montre que les parents d'enfants très handicapés, souvent les mères, peuvent s'investir dans le sauvetage de leur enfant et ressembler ainsi à cette mère « ordinaire normalement dévouée » décrite par Winnicott lorsqu'elle se trouve atteinte de cette « maladie normale » qu'est la préoccupation maternelle primaire. Sauf que la guérison tarde à survenir, de sorte que de *primaire*, elle pourrait bien devenir *perpétuelle*. La relation entre une mère et son enfant que le handicap rend dépendant est singulière dans la mesure où la pathologie de l'enfant implique un investissement parental soutenu, notamment en ce qui concerne les soins primaires de maternage. En fonction des troubles présentés par le bébé, les parents vont devoir s'ajuster – ce qui est différent de s'adapter

– dans leur façon de le porter, de jouer avec lui, et même de lui parler. Nous avons vu de quelle façon l'énergie familiale s'est développée autour de Monsieur C. lorsqu'il était au domicile. Au-delà d'une mobilisation matérielle et physique de tous les instants, le récit de cette période laissait entrevoir un investissement psychique de chaque membre de la famille qui laissait peu de place à l'échange spontané de l'illusion de ce stade primaire.

Il est difficile de savoir comment Monsieur C. a investi sa famille et comment il recevait les stimulations et les soins qu'elle lui prodiguait. Si ses troubles du comportement étaient décrits comme très envahissants, nous ne savons pas davantage s'ils étaient liés à des manifestations d'angoisse dans un contexte particulier. Le récit de sa mère et le premier certificat médical rapportent que l'argument principal de l'hospitalisation visait d'abord à protéger la famille avant d'apaiser Monsieur C.

La situation de la famille C. est assez rare. Comme nous le précisons en abordant leur situation clinique, peu de parents ont entretenu le lien à leur enfant hospitalisé avec autant d'investissement que la mère de Monsieur C. Par contre, nous observons plus souvent des fratries s'engager dans le maintien du lien, notamment après le décès de leurs parents. Intéressons-nous maintenant aux mouvements, familiaux et institutionnels, engendrés par l'hospitalisation que la famille de Monsieur C. appelait « placement ».

## HOSPITALISATION ET SÉPARATION

L'expérience de séparation concerne deux personnes : celui qui se sépare et l'autre, dont le premier se sépare. Les travaux de Winnicott nous enseignent depuis longtemps quel chemin psychique le jeune enfant ordinaire emprunte pour évoluer de la dépendance vers l'indépendance. Ainsi écrit-il : « Par l'intermédiaire de la force que donne au moi faible du nourrisson l'accomplissement de ses expressions d'omnipotence, un vrai *self* commence à prendre vie. » (1960, p. 122). Il rappelle aussi que « le moi se fonde sur un moi corporel, mais c'est seulement lorsque tout se passe bien que la personne du nourrisson commence à se rattacher au corps et aux fonctions corporelles, la peau étant la membrane frontière » (1962, p. 13). C'est le postulat que reprendra Didier Anzieu pour développer sa théorie du *Moi-peau* (1985). C'est encore à ce moment que Winnicott décrit l'instauration de la relation d'objet, grâce à l'adaptation de la mère aux besoins de l'enfant. Il a nommé cette période « la dépendance absolue » pour le nourrisson, période

fondatrice de sa capacité à se différencier. C'est donc cet « environnement suffisamment bon (*good enough*) dès le stade primaire [qui] permet au petit enfant de commencer à exister, d'avoir ses expériences, d'édifier un moi personnel, de dominer ses instincts et de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie. Tout cela semble réel à l'enfant, qui devient capable d'avoir un *self*. » (1956, p. 290). À ce premier stade de « dépendance absolue » chez le nourrisson succède le second, celui de « la dépendance relative ». À propos des mères et de ce stade, Winnicott écrit que « cela fait partie de l'arsenal de la grande majorité des mères que de fournir une désadaptation progressive ». C'est le moment de la prise de conscience pour le nourrisson de l'apport des soins maternels et de leur nécessité, de son environnement, mais aussi de l'impact des séparations formelles. L'enfant parvient à « affronter la perte », non sans difficulté, pour lui comme pour sa mère :

Progressivement, le besoin de la vraie mère (bien portante) devient violent et réellement terrible, si bien que les mères n'aiment pas vraiment laisser leur enfant. Elles font de grands sacrifices plutôt que d'être cause de détresse et, durant cette phase d'un besoin particulier, d'être à l'origine de haines et de désillusions. (1963, p. 48-50)

C'est aussi à ce moment que l'enfant comprend que sa mère est autre que lui. Ses capacités d'identifications complexes se développent en même temps que la séparation du « moi » et du « non-moi » se formalise. C'est ainsi qu'il réussit à accéder à la reconnaissance et au contrôle, tant de ce qui lui vient de l'extérieur que de ses propres ressentis. Le dernier stade, qui ne finit qu'à l'établissement de la vie adulte, est celui de « l'indépendance ». Le *self* de l'enfant est maintenant élaboré et différencié, ce qui lui donne accès à la socialisation, à des identifications multiples et à la possibilité « d'affronter le monde ». Ainsi, selon Winnicott, « une indépendance réelle se développe et l'enfant devient capable de vivre une existence personnelle satisfaisante alors qu'il s'engage dans les affaires de la société. » (*ibid.*, p. 54)

L'organisation psychique de l'enfant avec une pathologie de type archaïque va compliquer son processus d'individuation. La nature de ses troubles mais aussi la qualité de ses interactions précoces vont influencer sur ses capacités à percevoir les limites du « moi » et du « non-moi », à agir sur l'autre et à entrer dans des relations de communication. Il n'en est pas moins un sujet qui se construit et qui va au-devant d'expériences à partager.

Dans l'interrelation mère / enfant, si l'on dit que l'enfant se sépare de sa mère, celle-ci n'est pas passive dans un tel processus, bien au contraire. Comme l'écrivait Hélène Deutsch : « Les deux plus grandes tâches de la femme en tant que mère consistent à fonder d'une manière harmonieuse son unité à l'enfant et à la dissoudre harmonieusement plus tard. » (1949, p. 257). La mère doit donc faire un travail d'élaboration psychique pour se séparer de son enfant, donc pour que son enfant se sépare. Il ne s'agit pas que du nourrisson et de sa première individuation, mais bien du fils ou de la fille tout au long de sa vie. Notre vie est ponctuée de séparations qui ont valeur de passage d'une étape à une autre, maturatives, certes, surtout pour ce qui est de la petite enfance, mais bien évolutives, de l'état de nourrisson aux expériences de la vie d'adulte, en passant, bien sûr, par l'étape cruciale de l'adolescence. La question de la séparation prend alors valeur de conflit, entre le désir d'avancer, seul, vers l'inconnu, et la crainte de se détacher de ce qui est connu.

A propos de la maternité et des difficultés qu'elle implique pour la femme, Hélène Deutsch constate une ambivalence :

Nous y voyons tout un monde de pôles opposés, les intérêts du Moi et le service de l'espèce, la tendance de la mère à préserver son unité avec l'enfant et l'élan de l'enfant vers la liberté, l'amour et l'hostilité, et un grand nombre de conflits personnels, souvent névrotiques. (*ibid.*, p.287)

Nous observons ici des mécanismes souvent amplifiés chez les mères d'enfants très handicapés. Au-delà des intérêts du Moi de la mère, qui peuvent être suspendus tant la mère est dans une position de dévouement à son enfant, on retrouve aussi les sentiments ambivalents d'amour et de haine, qu'Hélène Deutsch décrit chez toutes les mères, mais qui se révèlent encore plus intenses, et insupportables, quand un enfant ne correspondant pas à celui attendu vient alors faire effraction.

Nous retrouvons parfois des correspondances dans les dossiers qui nous sont d'une grande utilité pour la compréhension de la situation d'alors. Voici donc le contenu d'une lettre signée par le père de Monsieur C., mais probablement inspirée par sa mère car nous y retrouvons les mots de son récit :

*Madame le Docteur,*

*Voilà plus de cinq semaines que notre petit C. est dans votre établissement, je crois qu'il s'habitue maintenant.*

*Je vous ai fait téléphoner pour ses pieds, j'espère qu'avec un bon traitement et les pieds bien au sec il sera vite guéri, car il était bien écorché lundi.*

*Nous avons du mal à nous habituer à ce vide bien sûr et nous pensons bien à notre pauvre petit.*

*Je pense qu'il continue à être propre dans son lit, je me rends compte qu'il ne manque de rien et que les infirmières sont gentilles avec les enfants. Seulement une chose qui me préoccupe beaucoup, c'est de savoir que ce petit fait pipi et caca sous lui toute la journée, et de ce fait il est toujours trempé y compris les pieds. Ici je l'avais habitué à le mettre régulièrement sur son petit seau et j'avais obtenu un très bon résultat, et je vois que là c'est tout autre chose, je sais que notre garçon n'est pas capable de rester assis sur des WC seul et assez longtemps. Aussi comme vous nous l'avez dit à notre première visite de vous donner nos suggestions, ne pourrait-on pas l'installer plusieurs fois par jour et le laisser même une heure sur un petit seau, il serait préférable que de le voir toujours trempé, et il en résulterait quand-même moins d'ouvrage pour tout le monde, je sais que vous manquez de personnel.*

*Je me permets de vous parler de cela car c'est une chose qui nous tient très très à cœur, c'est dommage pour ce petit enfant anormal de le laisser aller au stade d'une petite bête, surtout qu'il était propre pour cette chose-là.*

*Je vous serais très reconnaissante Docteur s'il vous est possible de vous occuper auprès du service de cette chose essentielle et qui compte beaucoup pour nous. Croyez Docteur que c'est sans critique que je vous présente cette demande, nous sommes que des parents chagrinés et inquiets.*

*J'espère que le traitement que vous lui donnez le calme et que les nuits sont bonnes. J'aimerais aussi connaître le traitement qu'il suit, et savoir comment ce petit passe ses journées et se comporte.*

*Dans l'attente d'une réponse favorable, Recevez Madame le Docteur nos respectueuses salutations et remerciements.*

Les parents recevront cette réponse quelques jours plus tard :

*Monsieur,*

*Les petites plaies présentées par votre petit malade sont des troubles trophiques.*

*J'ai fait part de vos observations au personnel de mon service. L'enfant est actuellement levé : ce qui règle le problème de la propreté.*

*Je vous remercie de m'avoir fait part de vos observations et vous prie de croire, Monsieur, à mes sentiments dévoués.*

*Le Médecin-Chef*

Nous évoquons plus haut cet échange avec Madame C. lorsqu'elle avait évoqué l'expérience du vide à cette période, où se mêlaient culpabilité et effondrement. Sa propre expérience abandonnique se rejoue ici en la confrontant de nouveau au rejet face auquel elle se défend. Nous avons vu que s'inscrire dans une classe sociale lui donnait déjà un sentiment d'appartenance l'englobant, elle et son fils, dans une famille symbolique et élargie. Ses filles nous diront qu'elle se rendait à l'hôpital en vélo plusieurs fois par semaine et que le week-end, soit il revenait à la maison (au début de l'hospitalisation), soit la famille lui rendait visite. Malgré le relais de compétence proposé par l'hospitalisation, la mobilisation de Madame C. pour la réhabilitation de son fils reste très active.

Les enjeux des apprentissages éducatifs – en particulier l'acquisition de la continence – se révèlent à nouveau et les mots de cette lettre nous montrent qu'ils éloignent Monsieur C. de l'animalité dans les fantasmes de sa mère. Elle constate les carences de l'institution, s'en inquiète en voyant son enfant maintenu au lit et les blessures qu'il présente aux pieds. Elle semble confrontée à des sentiments contradictoires en convoquant la qualité des soins que reçoit son fils, la gentillesse des infirmières, mais aussi le manque de personnel et l'idée qu'il soit abandonné dans son lit.

La clinique de l'institution nous éclaire pour saisir les mouvements inconscients que traverse Madame C. alors qu'elle vient de confier son enfant. À la même époque, Roger Misès accueillait des enfants aux pathologies similaires à la Fondation Vallée. Sa clinique a pour postulat principal de concevoir l'accueil en institution comme une expérience structurante pour l'enfant, et non plus comme une solution de « gardiennage » de celui dont on ne sait que faire :

Il est indispensable alors que l'enfant fréquente parallèlement des lieux de vie qui lui offrent un accès à des expériences nouvelles, une rencontre avec des substituts parentaux, une prise



de distance vis-à-vis des circuits aliénants qui s'étaient structurés dans le cadre familial. (1980, p. 17)

Mais la mise à distance ne signifie pas qu'il y ait pour autant rupture. L'originalité sera d'insister sur la présence des familles, *a fortiori* des parents, et sur un travail institutionnel qui non seulement tiendra compte, mais aussi soutiendra le lien de l'enfant à sa famille, à une époque où l'exclusion des parents et l'abandon d'un enfant déficitaire sont encore des pratiques asilaires et d'hospice intégrées dans nos représentations collectives. Il est alors observé que cet appui sur l'environnement familial et social de l'enfant permet aussi des modifications structurales :

Les parents ne sont donc plus seulement présents dans l'institution de façon fantasmatique, ils y entrent réellement et l'écart qui se dessine de cette manière entre fantasme et réalité acquiert une valeur correctrice, à la fois pour eux et pour nous. (*ibid.*, p. 31)

Il s'agit alors d'octroyer une place aux parents dans le dispositif en élaborant des modalités d'intervention qui soient tout autant structurantes pour l'enfant que pour sa famille. Ces pratiques auront pour premier effet de réunir une constellation curative autour de l'enfant, sans en exclure le milieu au sein duquel il s'est constitué, pour lui éviter d'être confronté à un schéma morcelant susceptible de favoriser l'évolution psychotique. L'idée d'un processus évolutif se développe tout au long de la cure, il s'agit alors de soutenir des mouvements tant du côté de la vie affective de l'enfant que de son lien à ses parents mais aussi d'observer les prolongements de ce travail au sein de l'économie familiale. Cette démarche originale vient faire rupture avec le processus d'institutionnalisation observé jusqu'alors en interrogeant ses effets dans la dynamique inconsciente de l'accueil :

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler, et chacun a pu l'apprendre à ses dépens, que l'enfant « confié » ne devient pas notre chose, notre objet, à partir du moment où il entre dans l'institution, internat ou hôpital de jour. À ce niveau le leurre pourrait durer plus longtemps en internat puisque l'enfant ne revient pas tous les soirs dans sa famille. Cependant le problème de fond est le même. En effet, l'une des tentations serait quelquefois de penser que là où les parents ont échoué dans leur tâche affective et éducative, nous pouvons les remplacer avantageusement dans un projet mégalomane de toute-puissance pour restaurer et réparer là où ils ont failli. Depuis longtemps on connaît le danger de telles projections où le soignant se veut parent idéal ; projection sous-tendue par le

fantasme qu'enfant, il aurait pu engendrer ses propres parents, les façonner à sa manière. (Bailly-Salin, 1980, p. 81)

Les apports de l'histoire et de la sociologie nous permettent aussi de relier la désignation de la famille comme le mauvais objet à l'origine des troubles et des inconformités de leur enfant à l'héritage du précepte de la théorie de la dégénérescence et par extension, à la stigmatisation des classes populaires. Pour Paul Fustier (1997, 1999), une pratique professionnelle consistant à « s'occuper d'enfants » est sous-tendue par un désir d'enfant. L'accueil d'un enfant en institution va activer un mouvement d'appropriation de celui-ci par les professionnels qui auront à travailler auprès de lui. C'est la culpabilité liée à la « mainmise » inconsciente sur l'enfant qui activera le « scénario fantasmatique du vol d'enfant » (1997, p. 52-53). Paul Fustier relie alors l'histoire de l'éducation spécialisée à ce mécanisme, dans la mesure où l'organisation totalitaire des institutions d'accueil a pu y contribuer :

Le modèle ancien, archaïque, « dépassé », de l'internat de rééducation permet, grâce au recul du temps, de voir comment le dispositif accueille le fantasme. Des adultes, en position de puissance, exercent des responsabilités de « substitution parentale » et sont chargés d'en donner toujours plus (de nourriture, de loisirs, de formation, de soins...). Mainmise bienveillante mais complète de l'internat totalitaire, sur l'enfant qui lui est confié. (p. 54)

S'ils s'intéressent essentiellement au champ de la protection de l'enfance, nous trouvons à faire de nombreuses analogies des travaux de Fustier avec le champ de la psychiatrie, lorsqu'il s'agit de son passé asilaire ou du modèle ancien des hospices privés. Les mécanismes d'accueil du sujet restent proches et l'équipe de Roger Misès comme celle de Paul Fustier se sont intéressées à la lecture des projections fantasmatiques des professionnels au sein de l'institution, notamment avec le développement de la démarche d'analyse des pratiques.

Les mécanismes du fantasme de rapt d'enfant conduisent donc les professionnels à concevoir que les parents ne puissent être en mesure de soutenir une évolution favorable de leurs enfants, contrairement à leur prise en charge qui s'avèrerait salvatrice pour l'enfant placé, notamment lorsque celui-ci serait victime de carences affectives et éducatives, mais aussi de mauvais traitements, en particulier pour le champ de la protection de l'enfance.

Lorsque Madame C. s'adresse à l'institution pour transmettre ses recommandations, elle s'oppose à ce fantasme d'appropriation en rappelant sa place et son existence :

En effet, à nous placer maintenant du côté des parents, on constatera qu'ils vont rappeler par leur simple existence que l'appropriation de l'enfant par les professionnels est interdite. Leur présence dans le réel ne permet pas aux fantasmes de se réaliser ; l'imaginaire ne pourra pas prendre corps. De ce fait, les parents ont aussi une fonction de garde-fou : leur existence empêche l'emballlement des émotions qui entraînerait des pseudo-adoptions d'enfants pseudo-orphelins par des pseudo-professionnels en proie au désir d'enfants. (1999, p. 122)

Ainsi, Madame C. propose à l'institution d'adopter ses propres stratégies éducatives afin d'inclure les infirmières (qu'elle trouve « très gentilles ») dans son combat pour la réparation de son garçon. Elle semble hésiter à se positionner en tant « qu'instance surmoïque » avec la revendication ou le reproche et s'engage finalement dans une tentative d'alliance.

L'essor de la clinique institutionnelle a permis de mettre à jour la souffrance des parents d'enfants accueillis en institutions et les enjeux des expériences de séparations, notamment d'un point de vue narcissique, qui vont générer des manifestations affectives. Denis Mellier (2019) observe l'évolution des relations entre famille et institution du fait d'une part, du changement radical du paysage institutionnel depuis l'après-guerre et d'autre part, de la mutation des structures familiales jusqu'à aujourd'hui. Il va de soi que nous ne pouvons que très peu nous appuyer sur la qualité des relations que nous entretenons avec la famille C. à la maison d'accueil spécialisée pour comprendre celle qu'elle avait avec l'équipe du service des enfants au moment de la séparation en 1960. « Trois périodes, trois *générations institutionnelles* marquées par trois types de rapport dominant entre familles et professionnels, avec trois conceptions différentes de l'accueil et de l'organisation qui se succèdent. » (p. 64). Denis Mellier observe ainsi que d'une position de « substitution » des familles à l'après-guerre, l'institution est devenue « experte » auprès d'elles en prodiguant un savoir-faire de façon asymétrique, avant de s'engager dans un lien plus coopératif avec la notion de « coéducation » d'aujourd'hui. En outre, la dynamique de soin s'est aussi individualisée au fil des années, pour mieux prendre en compte le sujet et sa famille au cœur d'un « projet personnalisé ». Avec son courrier, il nous semble que Madame C. exerce une tentative d'incorporation de cette

équipe dans son enveloppe familiale. La réponse de la médecin-chef, concise mais qui se voulait rassurante concourt à maintenir une certaine distinction entre l'enveloppe institutionnelle et l'enveloppe familiale afin d'éviter la confusion et soutenir finalement Madame C. et son fils dans le processus de séparation. Ainsi, en lui proposant d'apporter des suggestions et de rendre visite à son fils de façon régulière, une alliance structurante est proposée et permet d'éviter la minorisation de cette famille ou bien de se positionner dans une logique de substitution parentale. Toutefois, l'attente de Madame C. reste ancrée dans l'espoir de guérison de son garçon bien qu'elle ne nous semble pas avoir envisagé qu'il puisse réintégrer le domicile familial un jour. La séparation, bien que difficile, semblait intégrée et apporter un certain répit à cette famille, même si les filles parlent de leur sentiment de « provisoire » qu'elles ressentaient alors :

*La puînée : Je me rappelle pas que ça m'ait beaucoup marqué quand il est entré [à l'hôpital]. Maman a dû nous dire qu'il va rester là un petit peu pour pas nous dire brutalement qu'il s'en va. J'ai pas eu l'impression qu'il me manquait. Peut-être que j'étais indifférente à l'époque ? Ou C. il était tellement intégré à la maison que j'ai pensé qu'il allait en colonie de vacances ?*

*La jumelle : Je voulais pas aller à l'école, parce que C. y allait pas. Alors je voulais rester à la maison aussi. Je trainais pendant le déjeuner. Mais la bonne sœur à l'école elle me préparait un déjeuner. A chaque fois c'était la comédie. Je voulais pas aller en colonie non plus. Alors quand il y est allé [à l'hôpital], je me suis demandé pourquoi moi je n'y allais pas.*

*La puînée : C'est vrai qu'après, maman elle s'est quand-même beaucoup plus occupée de nous. Et pour papa, ses filles, c'était sacré, alors que nous on reste c'était peut-être le principal ?*

*La jumelle : Elle a toujours eu espoir qu'il évolue. Mais forcément quand il est entré à l'hôpital il a régressé. Il était propre ! Maman elle le mettait sur le pot, ben il est devenu sale avec des couches. Peut-être qu'elle croyait qu'il guérirait et qu'il reviendrait ?*

Ces propos révèlent l'ambivalence que nous observons tout au long de l'entretien avec ces deux sœurs. D'une part, le départ de leur frère leur a permis d'accéder à leur place d'enfants au sein de la famille. Dans son récit, la jumelle affirme qu'elle supportait difficilement la séparation d'avec son frère, mais nous observons que la préoccupation maternelle dont il jouissait n'a pas permis à sa sœur d'accéder à toute l'attention dont elle avait aussi besoin. D'autre part, elles gardent un discours assez lisse qui s'accorde à la

transmission des angoisses d'abandon de leur mère, dont elles se seront protégées en adoptant une posture de parentalisation à ses côtés.

## LE PASSAGE À L'ACTE ABANDONNIQUE

Si les parents de Monsieur C., sa mère en particulier, se sont inscrits dans une alliance avec l'institution dès l'hospitalisation de leur fils, les filles ne gardent pas le souvenir d'un lien particulier avec les soignants. Elles n'ont donc pas trouvé de soutien pour élaborer pensées et fantasmes qui les taraudaient alors, comme cela peut se faire aujourd'hui dans les CAMSP. Clémence Dayan (2018) présente ainsi son travail de psychologue clinicienne en CAMSP aujourd'hui :

Il n'est pas rare que les parents nous demandent comment parler du handicap à leurs enfants, souvent très jeunes, comment les rassurer sur l'attention et l'amour qu'ils conservent à leur égard, même s'ils sont très occupés, et bien souvent préoccupés, par l'enfant en difficulté. Parmi d'autres, une question revient particulièrement fréquemment, qui touche à la rivalité fraternelle : comment, et à quel moment, intervenir entre leurs enfants quand ils sont en conflit ? Faut-il protéger l'enfant en situation de handicap de l'agressivité de ses frères et sœurs, et inversement ? Est-ce normal que l'aîné ne se plaigne jamais et ne montre aucune jalousie alors que le cadet en situation de handicap monopolise toute l'attention parentale et prend tant de place à la maison ? Et enfin, comment reconnaître une relation fraternelle violente, pathologique ? Comment réagir alors ? (p. 108)

Nous le disions plus haut, dès l'âge de seize ans, Monsieur C. a été accueilli dans différents services d'adultes à partir de 1966 jusqu'à son entrée à la maison d'accueil spécialisée, dès son ouverture en 2003. Nous avons peu d'éléments sur ses trente-sept années passées dans ces services, il est même assez difficile d'y retracer son parcours. Les récits de soignants évoquent certains accueillis mais au sujet de Monsieur C., ceux-ci sont finalement plutôt rares. Le souvenir souvent évoqué rapporte sa capacité à situer les départements sur une carte de France, ainsi que nous l'évoquions au cours de notre réflexion sur l'inéducabilité.

Durant toutes ces années, malgré le décès de Monsieur C. (le père) au début des années soixante-dix, puis la disparition de la sœur aînée qui a beaucoup affecté Madame C. et ses filles, la famille a maintenu des visites régulières :

*On y allait toutes les semaines, même si c'était loin et qu'il fallait marcher de la gare jusqu'à l'hôpital. Un an après son placement, on a reçu une facture parce que la prévoyance ne voulait pas payer l'hôpital et que comme on allait le voir, il n'était pas abandonné et c'était aux parents de payer. On a dû aller au tribunal pour avoir la prévoyance, puis l'aide aux infirmes, pendant deux ans ça a duré. Le docteur nous a bien aidés à ce moment, parce qu'on ne pouvait pas payer. Mon mari était malade, moi j'étais fatiguée et j'avais peur des dettes ! Je n'aurais quand-même jamais abandonné mon garçon ! Mais j'avais mal au cœur quand j'y allais vous savez. Et quand il est allé chez les adultes, c'était trop dur, je n'ai plus voulu que les filles viennent et j'ai continué toute seule jusqu'à ce qu'elles soient assez grandes pour voir ça.*

Nous ne reviendrons pas ici sur les tracas causés par la longue procédure que nous avons résumée dans notre intermède. Rappelons juste qu'il avait alors été question qu'il ne puisse être maintenu à l'hôpital pour des raisons de financement. Nous rapportons ici l'extrait d'un des nombreux documents liés à cette procédure, que ces sœurs ont retrouvé après le décès de leur mère :

*Attendu que, dans son rapport du 18 septembre 1963, l'expert indique que C. est particulièrement méchant vis-à-vis des enfants plus jeunes que lui et qu'il est nécessaire de le surveiller presque toujours ; que, compte tenu de la présence au foyer d'une enfant plus jeune que lui vis-à-vis de laquelle C. débile mental peut se livrer à des actes dangereux, le Docteur B. estime que l'hospitalisation est nécessaire et qu'elle était indispensable en 1961.*

L'accent est mis sur la dangerosité de l'enfant en lui donnant un caractère monstrueux qui n'est pas sans rappeler les représentations négatives véhiculées par la déficience au siècle dernier. Au moment de cette procédure, des propositions d'abandon administratif ont pu mobiliser des fantasmes d'abandon chez Madame C. et la réactivation de sa propre histoire d'enfance.

À son entrée à la maison d'accueil spécialisée, Monsieur C. présentait certaines capacités en corrélation avec le tableau d'infirmité motrice cérébrale. Il pouvait dire quelques mots et désigner des objets, il faisait des jeux d'emboîtement et de mémoire, il s'intéressait aux jeux musicaux, au chant, aux livres illustrés, à la peinture et aux couleurs. Il montrait également des capacités d'autonomie pour se déplacer, pour s'alimenter, même pour se laver et s'habiller. Il était également continent de jour et pouvait se rendre aux toilettes.

Toutefois, son comportement restait marqué par l'impulsivité et l'agitation, Monsieur C. ayant tendance à s'automutiler, à déchirer ses vêtements et à se masturber de façon compulsive.

Il nous semblait assez préservé sur le plan affectif, nous laissant penser qu'il disposait d'une certaine sécurité interne en ne manifestant que très rarement des états de détresse, comme nous les observions plus fréquemment chez les sujets affectés par des carences affectives graves. Bien qu'il soit aux prises avec des périodes d'agitation, celles-ci nous semblaient davantage en lien avec un état d'excitation incontrôlable, pouvant survenir et s'interrompre sans aucun événement déclencheur. Sa mère continuait de lui rendre visite tous les mois, accompagnée d'au moins une de ses filles, le plus souvent des deux. Elles apportaient des pâtisseries ainsi que de petits jeux. Monsieur C. était plutôt posé, mais le temps de visite ne pouvait être trop long sinon il s'agitait pour s'extirper. Il ne montrait pas de grandes effusions, mais il pouvait dire de petits mots (en particulier le prénom de sa sœur disparue) que nous n'entendions pas en dehors de ce contexte de lien familial. Lorsque sa mère s'est affaiblie, puis qu'elle est entrée en institution, les visites se sont raréfiées mais les sœurs restaient présentes. Nous nous sommes rendue à l'EHPAD de Madame C. afin de lui proposer d'y organiser des visites régulières de son fils. Elle nous a semblé très inquiète à l'idée que l'on puisse envisager d'orienter Monsieur C. dans le même établissement qu'elle. Une fois rassurée quant à l'inexistence d'un tel projet (nous ne parlions pas encore d'orientation à cette époque), sa réponse restait catégorique et négative :

*Je continuerai à venir le voir avec mes filles comme je l'ai toujours fait. Mais qu'est-ce qu'il ferait ici ? Vous avez vu comme c'est ? Il va tourner partout, tout mettre à la bouche... Non non non j'irai le voir !*

Quelques minutes plus tard, alors que ce sujet de discussion était refermé et que nous échangeons de façon plus apaisée, un souvenir ressurgit :

*Quand on prenait le train avec lui, parce qu'on l'emmenait se soigner assez loin, vous savez il criait, il ne tenait pas en place. Alors les gens dans le train nous regardaient, il y en a qui riaient. C'était terrible vous savez d'être avec cet enfant-là. On ne savait jamais ce qu'il allait faire.*

- C'est un peu comme s'il venait ici alors ?

*Oui vous voyez, les gens vont nous regarder. Et je ne sais pas ce qu'ils vont dire. Non non non j'irai le voir !*

L'EHPAD est un lieu éminemment social. Madame C. y est intégrée. Cette expérience collective résonne sans doute avec celle de l'internat de son enfance. Elle avait alors à y établir de nouveaux liens, ceux-ci ne lui permettant pas de concevoir la présence de son fils qui avait alors 66 ans. Ainsi, ce duo mère-fils ne pouvait se réaliser que dans l'isolement, à l'abri du regard de l'autre, comme cela semble finalement avoir toujours été le cas si l'on considère que l'institution était un lieu de protection qui ne les exposait pas socialement. Nous comprenons donc que les mécanismes d'enfouissement de la honte ont été très actifs durant toute l'histoire de Madame C. et de son fils. Notre proposition de visite la menace à nouveau d'y être exposée, de façon insupportable et fait ressurgir ce souvenir, tout aussi catastrophique.

Monsieur C., l'adulte que nous avons rencontré, montrait une avidité orale de tous les instants : il ingérait sans discernement tout ce qui se trouvait à portée de main et les professionnels s'inquiétaient de devoir le contentionner la nuit pour lui éviter toute mise en danger. Il ne semblait pas en recherche de lien à l'autre et ne communiquait que très peu. Il se tenait isolé, à l'affût des matières qu'il pouvait trouver à manipuler et à ingérer et n'incluait pas l'autre dans ses expériences sensorielles. Plus jeune, les récits des soignants le décrivaient plus participatif, notamment lorsqu'on lui demandait de montrer des compétences cognitives. Lors de rencontres duelles avec la psychomotricienne, il se montrait davantage impliqué et pouvait s'exercer à quelques activités manuelles, comme il pouvait le faire avec ses sœurs durant l'enfance. Il en était de même lorsqu'il recevait la visite de sa mère et de sa jumelle.

Un AVC survenu à l'âge de quarante ans semblait le point de départ d'une diminution physique qui le maintiendra alors en fauteuil roulant. Les capacités de Monsieur C. ont poursuivi leur régression au fil du temps, en lien avec des complications somatiques jusqu'à son décès. Institutionnalisé durant près de soixante ans, il montrait un isolement massif et n'apparaissait que très rarement en recherche de lien ou de communication. Il ne nous ignorait pas pour autant mais il explorait son environnement pour y vivre des expériences à son niveau, souvent en lien avec son avidité orale et sans y inclure l'autre. Ses sœurs racontent bien de quelle façon il se montrait détaché lorsqu'elles venaient lui rendre visite alors qu'il était devenu adulte. Peut-être que sa mère s'est maintenue dans son rôle parce qu'elle ne pouvait concevoir de rejouer l'abandon, mais que le lien s'était délité au fil du temps, alors que Monsieur C. se repliait peu à peu. Comme les soignants de l'hôpital qui décrivaient un jeune homme davantage dans le lien mais déjà très



indépendant, les intervenants de la maison d'accueil spécialisée étaient peu sollicités. Ils veillaient à son bien-être au quotidien sans avoir pu élaborer un moyen efficient d'entrer davantage en lien avec lui. Ce fonctionnement singulier les a confrontés aux limites de leur intervention et de leur implication, d'autant plus que Monsieur C. pouvait se mettre en danger avec sa compulsion orale. Il s'agissait alors de maintenir un lien à distance, de déployer une grande attention à son égard alors que lui-même était impassible et ne semblait pas nous différencier.

Monsieur C. est décédé un mois, jour pour jour, avant la disparition de sa mère, alors qu'il venait d'être annoncé à ses sœurs que leur frère faisait l'objet d'un projet d'orientation vers un établissement de type EHPAD. Ce projet était fragile, dans la mesure où il aurait fallu trouver l'institution susceptible d'assurer sa sécurité sans pour autant le contraindre, sa liberté de déambuler (même s'il était en fauteuil roulant) étant reconnue et soulignée comme un de ses besoins primaires.

Le lien avec sa famille a été investi par les intervenants de la maison d'accueil spécialisée. Les échanges nous ont semblé toujours sympathiques, confiants, ce qui révélait une absence d'agressivité, même lorsque l'hospitalisation au cours de la jeunesse de Monsieur C. était évoquée. Il s'est maintenu avec ses sœurs lorsque Madame C. ne venait plus qu'épisodiquement, alors que sa démence est devenue envahissante et bruyante. Ses filles disent leur trouble lorsqu'elle a adopté les mêmes comportements que leur frère, en déchirant ses vêtements notamment.

Pour revenir au vécu honteux, si celui-ci touche les familles lorsque le handicap est découvert, comme nous l'avons décrit précédemment, nous le relierons également à l'évènement que fut le placement. Il nous semble qu'aujourd'hui, les dispositifs d'aide existants permettent d'accompagner les familles dans un accès à la culpabilité, plus projective que la honte, mais socialisante, telle qu'on la rencontre dans les institutions d'accueil. Le même mécanisme semble aussi se mettre en œuvre concernant le vœu de mort, lorsque restituer son humanité au sujet permet de rompre avec la logique d'élimination pour étayer la culpabilité du fantasme de meurtre. Là encore, un accompagnement soutenu et précoce semble permettre d'en supporter les enjeux néfastes, voire funestes.

Intimement lié au fantasme de monstruosité, le mécanisme inconscient du vœu de mort apparaît associé à la réalité traumatique de l'irruption de l'anormalité dans une famille. Souligné en clinique du handicap, le vœu de mort reste délicat à aborder parce qu'il fait lien avec des positions éthiques troublantes. Éliminer l'enfant défaillant répondrait à des idéaux narcissiques largement véhiculés par une dimension sociale toute-puissante, les représentations sociales étant intégrées par le sujet en tant qu'instance surmoïque qui exposerait le moi à des mécanismes de clivage et de déni. Cette logique de l'élimination se retrouve au fil de l'histoire : de l'*apothésis* dans l'Antiquité, de la liminalité homme/bête posée par John Locke et Leibnitz au XVII<sup>ème</sup> siècle jusqu'au croisement de la théorie de la dégénérescence de Morel avec le darwinisme social au XIX<sup>ème</sup> siècle, Henri-Jacques Stiker (1982) nous a montré que nos représentations collectives sont élaborées sur des positions eugéniques qui soutiennent le désir de meurtre constitutif de tout sujet :

Mais la maladie, la mort et la « monstruosité » se rejoignent sans doute en un point : dans le désir de meurtre. Il ne faut pas se cacher que la grande infirmité, surtout mentale, fait sourdre une telle envie de la voir disparaître qu'il faut l'appeler par son nom. En germe, l'envie de tuer se porte sur tous ceux qui subissent une atteinte. La pratique de supprimer les enfants difformes, dans l'Antiquité, s'origine à un sentiment eugénique, à une volonté de race pure, et révèle ainsi ce qui réside dans le cœur humain. Ne nous faisons pas d'illusion : nous portons en nous des envies de mort et de meurtre, et la peur comme l'agressivité, y trouvent leurs racines. Il est bien clair que cette violence contre le différent, grâce à la socialisation, avec ses règles, ses interdits et ses institutions, se résout autrement que dans la suppression de l'infirme. Les systèmes sociaux sont plus ou moins meurtriers, c'est-à-dire plus ou moins astucieux à dévier et à canaliser la violence spontanée et sauvage (de là, l'importance de l'étude de ces systèmes que le présent livre entreprend). Sans cesse, il faut se remettre en mémoire ces désirs, ces envies, ces peurs, enfouis en nous, qui se cachent et se dérobent à notre conscience claire, mais qui sont toujours existants et actifs. (p. 7-8)

Lors de nos rencontres avec Madame C., nous n'avons pas mis à jour de souhaits de mort, certainement bien défendus par son angoisse d'abandon. Nous avons choisi d'exposer l'exemple de Monsieur C. et de sa famille du fait de sa rareté et de sa richesse clinique. Toutefois, lors de cette rencontre avec Madame C. à l'EHPAD, si son refus de voir son fils la rejoindre parmi les autres était catégorique, son ton de voix glacial nous a surpris et nous avons perçu une haine qu'on ne lui connaissait pas. Ses sœurs ne se sont pas non

plus autorisées à verbaliser des sentiments de rivalité archaïque, bien qu'à plusieurs reprises, leurs propos s'en approchent.

Lorsque les familles sont absentes, il est alors impossible de savoir ce qu'elles traversaient subjectivement au moment du placement de leur enfant. Nos rencontres avec des sœurs et frères dont la trace a été retrouvée des décennies plus tard révèlent des histoires qui ont évolué différemment. Mais la plupart rapportent des souvenirs catastrophiques de leur frère ou sœur, avec la mise en avant de leur grande destructivité qui justifie souvent le fait qu'ils restent si longtemps sans prendre de nouvelles. Nous lisons des observations de ce type dans les dossiers et la vignette clinique de Georges Heuyer que nous avons citée dans notre première partie (I.2.3.) présente un jeune garçon submergé par une destructivité du même registre. Il faisait alors état de « nocivité » et de « tendances perverses ». Nous l'avons vu en étudiant les aliénistes, ces représentations ont été véhiculées durant des siècles. Encore aujourd'hui, lors de l'accueil de jeunes sujets, nous devons travailler auprès des équipes pour leur permettre de faire la différence entre une structure perverse et une destructivité pulsionnelle assortie d'un échec de la symbolisation qui touche l'accès à l'empathie.

Madame A., déficiente intellectuelle profonde, atteinte d'une hydrocéphalie, sourde et aveugle, avait été hospitalisée en 1959 pour des troubles du comportement après un premier placement à l'hospice. En 2015, nous avons retrouvé son demi-frère qui fait ce récit :

*Elle cassait tout, elle tournait partout. Elle se frappait, elle criait et on en avait peur. Pour qu'elle ne nous fasse pas de mal, ma mère l'enfermait dans le meuble sous l'évier. Mais elle tapait fort vous savez ! Alors quand elle allait grandir ? Non franchement, c'était elle ou nous. Elle aurait fini par tuer quelqu'un.*

*On allait la voir au début là-bas (il ne se souvient plus si c'est à l'hospice ou à l'hôpital).*

*Ce que j'ai vu... ça faisait peur vous savez.*

Clémence Dayan (2018) rappelle que Freud a montré « l'universalité du fantasme de mort du puîné chez l'ainé » (p. 110) dans le contexte œdipien d'une fratrie, avec la rivalité ordinaire et structurante qui le constitue. Elle s'appuie aussi sur la proposition de René Kaës (2009) de concevoir que les liens fraternels soient organisés psychiquement par le complexe fraternel, qui ne se limiterait pas à n'être « que le déplacement, la dérivation, ou la fixation des enjeux œdipien » (p. 39). Une dimension archaïque pourrait ainsi envahir la relation fraternelle ou sororale :

Objet partiel concurrent de l'enfant, c'est donc un double haï : double parce qu'il occupe la même position dans le désir de la mère, dans son sein, et haï parce qu'il menace de prendre cette place et donc de séparer le sujet du corps de la mère. Cette rivalité originaire va engendrer haine et violence, projections de la passion mêlée d'amour et de haine éprouvée par l'enfant pour sa mère. (Dayan, 2018, p. 111)

La naissance d'un puîné handicapé va déséquilibrer la relation fraternelle en activant chez son aîné un fantasme de culpabilité lié à la pensée magique d'avoir réalisé partiellement son vœu de mort à l'égard de cette naissance le privant de sa place privilégiée auprès de ses parents. On peut retrouver une culpabilité dans ce registre chez la jumelle de Monsieur C., qui se reproche d'avoir « tout pris » pour ne pas le reprocher à son frère qui, pourtant, a mobilisé la famille autour de lui, la naissance de sa jumelle étant alors passée au second plan dans l'investissement parental. Celle-ci a retrouvé des écrits de son père qui notait l'évolution du garçon, son premier sourire, ses premières dents ainsi que les soins qu'il recevait. Mais rien ne la concernant. Clémence Dayan observe que dans ce contexte, une rivalité pourtant ordinaire ne peut se jouer dans une dimension égalitaire, le handicap déséquilibrant ce « jeu fraternel de complicité et de rivalité » (p. 113-114). Aussi entend-on la sœur de Monsieur C. dire qu'elle se refusait à aller à l'école puisque son frère n'y allait pas, alors que pour Clémence Dayan l'inverse est un enjeu : qu'elle puisse accéder à l'école aurait pu réveiller une jalousie source de mouvements agressifs chez son frère handicapé. De la même façon, elle décrit des éprouvés de jalousie chez un enfant voyant son puîné progresser contre sa propre déficience. Nous nous souvenons ici que la petite sœur de Monsieur C. nous a répété plusieurs fois « avoir marché avant lui », ce qui lui a permis d'accéder à la triade parentifiante de ses sœurs. Ainsi les trois sœurs se sont rassemblées dans un solide mouvement identificatoire, les préservant autant que possible d'une identification à ce frère au comportement transgressif et violent dont l'identité représentait alors une menace identificatoire. Il nous semble aussi que sa jumelle, dont la sœur disait qu'elle « *était tout le temps collée à lui* » et qui elle-même se souvenait de son désir de rester comme lui à la maison auprès de sa mère plutôt que d'aller à l'école, s'est peut-être trouvée aliénée à la figure du double jusqu'à se fantasmer pouvoir prendre sa place. Nous ne saurons pas si, comme l'a observé Clémence Dayan chez certains enfants suivis au CAMSP, les filles ont adopté des comportements d'attaque dans leurs jeux. Elles relatent plutôt leur saisissement face aux conduites violentes de Monsieur C.

Nous pouvons ici proposer que l'hospitalisation de leur frère ait pu mettre en acte des souhaits de mort non autorisés par la symbiose familiale. « *C'était elle ou nous* » disait le demi-frère de Madame A.

Colette Assouly-Piquet et Francette Berthier-Vittoz (1994) croisent images fantasmatiques et imaginaire collectif pour approcher l'*inquiétante étrangeté* du handicap et de l'anomalie. Simone Korff-Sausse les rejoint, puisqu'elles décrivent pareillement le destin solitaire du monstre, sans semblable, son rejet au seuil de la communauté humaine, sa liminalité, le « monstre hybride » qui suscite tant d'angoisses archaïques. Les vœux de mort tiennent une grande place dans leur analyse de la problématique de l'étrangeté et elles proposent de discerner la logique de l'élimination – que nous avons abordée avec l'eugénisme – du meurtre :

Comment sortir de cette logique de l'élimination dont sont prisonniers à la fois ceux qui excluent et ceux qui sont exclus ? Et si la victime, « le monstre », déclarait tout haut son humanité et du même coup son innocence, et dévoilait son vrai visage, celui d'un être semblable à nous, souffrant et désirant ? Et si nous, spectateurs, nous étions assignés à occuper la position du témoin, de l'Autre à qui sa parole et sa souffrance peuvent s'adresser ? Il ne pourrait plus être question d'une élimination, mais d'un meurtre dont les traces ne seraient plus effacées : nous pourrions en garder la mémoire, porter plainte, témoigner. (p. 192)

La logique de l'élimination correspond à celle de l'exposition des enfants que l'on se refusait à élever à la période de la Grèce antique (Brulé, 2009). Avant même qu'il ne soit nommé, inclus dans une lignée et un groupe social, l'enfant était « déposé » sur un lieu de passage et livré à un sort qui « ne signifie pas *ipso facto* sa mort » (p. 25) puisqu'il pouvait être recueilli. S'il avait peu de chance de survie, il n'était pas assassiné ; il était effacé du monde avant même d'y avoir été inscrit. Pour Colette Assouly-Piquet et Francette Berthier-Vittoz, la logique de l'élimination correspond à un « déni d'humanité » (p. 156). Ainsi, lorsque l'identification à l'enfant monstrueux provoque un effondrement narcissique insurmontable, la solution serait de ne pas l'inscrire symboliquement dans la filiation au moyen du clivage, de la projection à l'extérieur du manque inassumable qu'il vient révéler. Elles proposent alors que l'élimination opère un détournement de la culpabilité au moyen du sacrifice du bouc émissaire, porteur de « la faille, la tare ou la faute » (p. 172). Le passage de l'élimination au meurtre nous intéresse.

Il s'effectue lorsqu'y est adjoint un témoin, une instance tierce, « l'Autre », proposent les auteures. L'élimination s'effectuerait dans la solitude « hors du monde », elle s'attache aux mécanismes de la honte et de l'idéal du moi ; le meurtre serait social, sous le joug de la culpabilité et du surmoi.

Jean-Pierre Durif-Varembont (2018) s'est intéressé au crime sur enfant et reprend la situation de deux mères ayant tué leur enfant handicapé. Il constate d'abord la clémence de la justice et l'indulgence du public à l'égard de ce type de meurtre en particulier :

Dans une inversion constante des places, la mère meurtrière devient plus une victime de la souffrance que lui inflige l'autisme de son enfant que l'auteur d'une transgression de l'interdit d'attenter à la vie d'autrui, souffrirait-il lui-même d'une forme terrible de l'angoisse.

La mère meurtrière de son enfant est une fille meurtrie qui passe à l'acte avec l'assentiment ou du moins la « compréhension » du groupe social qui semble payer ainsi la culpabilité du sacrifice de ses handicapés et de ses exclus. (p. 134)

Ainsi, il s'agirait d'un crime, puisque le meurtre est jugé sur la scène collective, mais celui-ci s'inscrit dans une logique d'élimination, le mécanisme du clivage à l'œuvre imputant la faute à l'enfant handicapé qui martyriserait sa mère par sa seule existence.

Jean-Pierre Durif-Varembont propose des pistes de compréhension de ces passages à l'acte. Il pointe d'abord les carences institutionnelles qui révèlent notre responsabilité collective par l'absence d'instance tierce, justement celle qu'évoquaient Colette Assouly-Piquet et Francette Berthiez-Vittoz. Concrètement, l'accueil de ces enfants était insuffisant et confrontait leurs mères à une situation de symbiose. L'auteur observe que de nos jours, le recours à l'institutionnalisation, en particulier à l'hôpital psychiatrique est perçu comme un abandon insupportable qui livrerait l'enfant à une violence asilaire très marquée dans nos représentations. Dans les deux cas d'enfants assassinés, l'isolement a peu à peu contraint les parents, les mères en particulier, à devoir faire l'expérience d'une fusion où souffrance, dépendance et mécanismes d'identifications projectives les confondaient à leurs enfants. Du manque d'étayage, des failles se sont alors révélées dans un contexte transgénérationnel où les pertes faisaient effet de répétition. La pulsion de mort se délie et indique un chemin de rupture pour sortir de l'impasse assujétissante de la fusion. La protection face au vœu de mort s'est ainsi peu à peu délitée jusqu'au passage à l'acte proche du mécanisme suicidaire, qui marque autant la fin que l'éternité de ce lien omnipotent.

Simone Korff-Sausse (2005) reprend la question que se posent si fréquemment les intervenants de la maison d'accueil spécialisée à propos des accueillis : « Cette vie est-elle digne d'être vécue ? » (p. 143). Comme Jean-Pierre Durif-Varembont, elle interpelle notre responsabilité collective quant à la réponse que nous pouvons y faire :

Si le SDF se vit comme un cadavre, tel un fantôme qui poursuit une vie misérable de mort-vivant, le handicapé lui se vit comme un rescapé, qui a échappé à une condamnation à mort, car son existence même est toujours suspicieuse. Il est passé à travers les mailles du filet de la prévention, mais de cette échappée il porte une lourde culpabilité, d'être celui qui n'aurait pas dû exister. Une erreur de la médecine, un raté de la prévention. Si la rue protège le SDF de ses pulsions meurtrières, comme le postule Declerck, le handicapé est confronté aux pulsions meurtrières des autres, et en premier lieu de ses parents. Virtuellement objet d'un infanticide qui n'a pas eu lieu ou qui a raté, tel Œdipe, le handicapé est donc marqué par une forme radicale de l'exclusion, qui met en cause son existence même. (*ibid.*)

La confrontation à l'anormalité entraîne le sujet dans un registre mélancolique. Les questions du deuil impossible, de la mortification et de la valeur de la vie ressurgissent sous de multiples aspects. L'existence d'un lien possible entre le vœu de mort et le passage à l'acte abandonnique apparaît alors. Pourrait-on envisager ici, que le recours à l'abandon permettrait de se dégager du risque d'un agi infanticide? Effacer le sujet de la lignée familiale en le confiant à une institution, pour recomposer un roman familial sans l'erreur qu'il représente, ne concourrait-il pas à éliminer l'enfant défectueux, dans la mesure où la symbolisation du meurtre ne serait pas accessible sur un autre mode ? Peut-on ainsi énoncer que ces sujets, institutionnalisés depuis l'enfance et aujourd'hui sans famille, pourraient être des survivants ?

### II.1.3. LES EFFETS DE LA RELÉGATION

Monsieur T. est à l'affût. Il se déplace d'un point à l'autre de la salle de vie commune, les mains derrière le dos. Il respire de façon saccadée et balance la tête de droite à gauche, balayant de son regard l'espace qui l'entoure. Deux baies vitrées donnent sur l'extérieur et se trouvent de part et d'autre de la pièce. Il se place face à une vitre, lève une main vivement à plusieurs reprises et se met à crier d'une voix qui résonne : « Casser carreau ! Casser carreau ! Casser carreau ! » Il se tourne dos à la vitre à plusieurs reprises, toujours en gesticulant et en criant les mêmes mots et nous observons qu'il regarde vers l'autre baie vitrée, à l'extrémité de la pièce. Les accueillis présents s'agitent. S'il ne semble pas nous entendre, il ne semble pas non plus nous voir près de lui, nous devons reculer à plusieurs reprises pour éviter un choc que nous prendrions pour un coup. Si l'on essaie de lui saisir les mains, il se dégage. Un infirmier accourt, il l'enveloppe de ses bras pour le contenir, lui parle doucement et l'emmène dans sa chambre. Il s'y effondrera et pleurera à gros sanglots.

Monsieur T. a été institutionnalisé, d'abord en hospice en 1963, dès l'âge de trois ans. À dix-neuf ans, il a été orienté vers un autre hospice où vivaient trois de ses frères. Nous ne savons pas s'il y a établi des liens, nous n'avons aucune trace de ses accueils passés et il n'a plus de lien familial aujourd'hui. Il a été hospitalisé à l'âge de quarante-trois ans, en raison de « passages à l'acte hétéroagressifs » qui ne permettaient plus son maintien dans un foyer de vie ordinaire (l'hospice étant, entre-temps, devenu foyer de vie).

Après trois ans d'hospitalisation dans différents services, son accueil à la maison d'accueil spécialisée s'est avéré délicat. Monsieur T. inquiétait. Il était imprévisible et dans une grande recherche d'attention. Ses états clastiques impressionnaient tant les professionnels que les autres accueillis. Il lui arrivait aussi de frapper les accueillis les plus vulnérables, toujours lorsqu'un intervenant se trouvait à proximité. Il a dû être hospitalisé à plusieurs reprises, il a été changé de groupe et il fut même question de mettre fin à son accueil à la maison d'accueil spécialisée en raison de sa potentielle dangerosité. Après deux ans d'accueil à ce rythme, lors d'un week-end, les intervenants ont mis en acte le rejet : suite à une nouvelle crise clastique, il fut décidé d'une hospitalisation en urgence car Monsieur T. ne trouvait pas l'apaisement et l'on craignait qu'il ne s'en prenne aux autres accueillis. Dans l'estafette qui le conduisait jusqu'à l'unité d'accueil de l'hôpital psychiatrique, les intervenants ont placé tous ses effets personnels, emballés à la



hâte dans de grands sacs à poubelle. Dans la foulée, la photo apposée sur la porte de sa chambre a été enlevée. Il reviendra après une courte hospitalisation, avec ses affaires. La photo a été remise et nous avons engagé un travail de reprise qui a enfin pu se dégager de l'insupportable de ses crises clastiques pour élaborer nos pensées autour de notre lien avec lui.

Son histoire était ponctuée de ruptures sur fond de rejet et d'abandon. Ce potentiel renvoi de la maison d'accueil spécialisé s'y inscrivait en répétant les rejets qu'il avait déjà subis à plusieurs reprises : à 3 ans, à 19 ans et à 46 ans. Durant ses trois ans d'hospitalisation, les multiples changements de services ne lui avaient pas permis d'être investi ni d'investir de nouveaux objets, il était alors considéré « en attente » d'une place à la maison d'accueil spécialisée. Ses deux premières années dans l'institution n'ont guère été plus sereines tant Monsieur T. mettait les équipes à l'épreuve, jusqu'à ce que celles-ci mettent en actes leurs interrogations sur la pertinence de son accueil. Il était dit fréquemment que ses troubles n'étaient pas stabilisés, que Monsieur T. ne relevait donc pas du médico-social mais bien de la psychiatrie. Ses répétitions clastiques semblaient alors conformes aux représentations que l'on avait de lui. Avec l'importante agitation de Monsieur T. et la réponse extrême des intervenants, le paroxysme du dernier week-end a eu un effet de coupure. Il mettait à jour l'évidence de la répétition et produisait de vives réactions institutionnelles, la situation de Monsieur T. et sa légitimité à être accueilli faisant débat. En effet, celui-ci faisait partie d'une nouvelle population, il était de ceux qui avaient été admis dans l'institution à l'occasion d'une extension de dix places. Bien qu'il ait une histoire assez similaire à celle des accueillis venant du service des enfants, ses troubles du comportement ne semblaient pas être supportés avec la même empathie. Personne ne l'avait connu enfant et n'était là pour dire : « Oh tu sais, il a toujours fait ça... C'était même pire ! ». Si Monsieur T. n'était pas « un enfant de l'hôpital », il avait pourtant un passé d'institutionnalisation du fait de son placement à l'hospice dès l'âge de trois ans. Ce fut un constat qui eut un effet chez les intervenants. Certains d'entre eux convinrent même que son histoire était encore plus difficile au vu de la précarité des hospices de l'époque. Cette première prise de conscience nous a semblé provoquer un mouvement de compréhension du sujet au sein de l'équipe. Ainsi ses états clastiques purent être mis en lien avec son histoire abandonnique et non plus perçus comme des attaques intersubjectives. Ils purent également être assimilés à ce que montraient les autres accueillis de sa génération, ceux que l'on semblait connaître depuis l'enfance, ceux « qui faisaient partie des murs », ceux dont « on était la seule famille ».

Il a été alors décidé ne pas renoncer à l'accueillir et de nous engager dans une compréhension affinée du sujet afin d'entrevoir la posture susceptible de l'apaiser. Deux pistes d'analyse ont alors été repérées. Il y avait, d'une part, ses menaces à l'égard des carreaux mais aussi les coups qu'il portait aux autres accueillis.

Pour la première, malgré nos efforts de compréhension, son agitation restait incompréhensible. Nous nous appuyions alors sur le signifiant « Casser carreau ! » et nous ne saisissions pas le sens de ce que nous avions longtemps perçu comme de l'agressivité à l'égard des carreaux, voire à notre égard aussi parfois. Enfin, remarquant que, finalement, il ne cassait jamais rien, nous nous sommes dégagés de cette idée du risque de bris de glace. Et là, ainsi que le texte présentant la situation le laisse deviner, nous avons découvert qu'il était davantage saisi par son reflet renvoyé par le carreau, que par la matière en elle-même.

Ainsi avons-nous découvert Monsieur T. aux prises avec une angoisse provoquée par l'image de son double, mais aussi par son effacement, sa dissolution. Sigmund Freud (1919) évoque de quelle façon il a pu lui-même se laisser surprendre par une telle expérience, il énonce juste un « déplaisir », puisqu'il est affranchi de tout fonctionnement de pensée animiste et qu'il sait symboliser les expériences sensorielles. Mais il interroge quand même son trouble : « Qui sait si le déplaisir éprouvé n'était tout de même pas un reste de cette réaction archaïque que ressent le double comme étant étrangement inquiétant ? » (p. 204).

Chez Monsieur T., il y a une rupture du circuit pulsionnel lorsque l'angoisse l'envahit ainsi. Il semble ne plus pouvoir s'adresser à l'objet qui n'existe plus pour lui à ce moment précis et donc, il ne peut alors plus bénéficier de sa potentialité contenante. C'est un état massif, lié à une fragilité dans la constitution du moi et à une enveloppe corporelle faillible, qui ne nous est finalement aucunement adressé, ni à nous, ni aux carreaux, ni à lui-même. Il nous aura fallu du temps pour nous dégager de l'impression d'être attaqués et en danger.

À propos de ses mouvements agressifs vis-à-vis des autres accueillis, nous avons observé qu'un intervenant n'était jamais bien loin et qu'il regardait fixement celui-ci en agissant. Certains pouvaient repérer les moments où l'incident était susceptible de se produire et proposaient alors de se rapprocher de Monsieur T. en se montrant prévenant pour détourner son attention. En effet, il s'agissait bien d'une histoire d'attention... En observant plus finement Monsieur T. au quotidien, nous avons pu repérer que ces épisodes avaient tendance à survenir lorsqu'il était dans l'espace de vie commune et qu'un

intervenant se trouvait dans la même pièce. Et lorsque celui-ci passait tout près sans s'adresser à lui, il changeait alors de visage. Ainsi, nous avons envisagé qu'à l'angoisse de néantisation pouvait s'adjoindre une détresse abandonnique chez Monsieur T., en écho à son histoire subjective.

À la maison d'accueil spécialisée, les normes actuelles d'aménagement de l'espace s'avèrent peu tenir compte des troubles spécifiques des accueillis. L'architecture se trouvant immuable, il nous reste à mobiliser le sujet pour lui permettre de s'accommoder d'une réalité éprouvante. Aujourd'hui, si nous nous efforçons d'éloigner Monsieur T. des espaces vitrés, nous l'observons encore fréquemment s'exposer à l'expérience du reflet, se laissant déborder par cette excitation qui provoquera notre intervention rassurante auprès de lui. En faisant le postulat que ces sujets placés depuis l'enfance s'avèrent sensibles au sentiment d'abandon et que celui-ci ne peut être symbolisé comme chez le sujet dit ordinaire, nous avons alors pu donner sens à nombre d'épisodes clastiques survenus dans l'institution. De ce fait, des signes d'attention au quotidien, ne serait-ce que nommer le sujet en le croisant, tendent à contrecarrer la détresse abandonnique qui, sinon, évolue vers la recherche d'attention. De plus, les intervenants, sensibilisés au rapport de Monsieur T. avec son reflet ont entrepris d'en jouer et d'en rire, au moment de la toilette, lorsque le miroir lui est présenté, mais aussi face aux carreaux, lorsque Monsieur T. semble chercher à s'y scruter. La drôlerie ainsi proposée peut venir remplacer la terreur, tant pour Monsieur T. que pour celui qui l'accompagne.

Cet exposé clinique concernant Monsieur T. met en évidence la temporalité de son accueil dans l'institution. Il aura fallu quelques années avant que ses angoisses archaïques ne soient interrogées et prises en compte au quotidien. Le fait que, malgré son histoire abandonnique, il n'ait pas obtenu d'emblée la même sollicitude des intervenants que les accueillis placés à l'hôpital depuis l'enfance nous a longuement interrogée. Ce n'est que lorsque son histoire a pu être rapprochée de celles des « enfants de l'hôpital » qu'un changement de posture a pu être engagé à son égard. Aujourd'hui, Monsieur T. est apaisé, il est investi par les intervenants qui redoublent d'attention lorsqu'il montre des périodes d'insécurité affective.

## PRENDRE EN COMPTE L'EXPÉRIENCE ABANDONNIQUE

Considérer l'expérience abandonnique chez les sujets hospitalisés depuis l'enfance nous amène à observer les remaniements psychiques qui se sont opérés chez eux, concernant notamment leurs investissements objectaux. L'impact d'une séparation précoce est toujours souligné chez l'enfant ou l'adulte névrosé, notamment lorsque le sujet ne possède pas suffisamment d'assises internes pour le supporter et que la séparation prend alors une incidence de perte. Le passage de l'angoisse de séparation à l'angoisse abandonnique se situerait à ce niveau d'intégration. Chez l'adulte déficitaire, notamment lorsqu'il est de surcroît psychotique, il s'avère que ses nombreux symptômes et troubles viennent masquer les incidences d'une séparation à valeur de rupture, même si, dans son contexte, elle s'avérait souvent inévitable. Nous constatons que des angoisses archaïques du registre de la néantisation, conduisant à l'attaque et à la destruction de l'objet, sont au premier plan et ne peuvent être confondues à une expérience émotionnelle de la séparation (Mellier, 2005 *a*, p. 69-126). Ce serait donc davantage aux intervenants d'élaborer celle-ci. Comme nous l'avons vu avec la situation de Monsieur T., prendre en compte son histoire abandonnique et la relier à son angoisse massive a permis de transformer son accompagnement au quotidien. Ainsi, nous voyons les intervenants se mobiliser dans une grande proximité et déployer beaucoup d'énergie pour anticiper ses effondrements, leur investissement mettant à jour l'attention qu'ils sont parvenus à déployer et qui contraste avec le rejet des premières années. Pourrions-nous dire pour autant qu'il « fait partie de la famille » de celle des patients du service des enfants ? Et que mobilise ce propos si fréquemment entendu à leur sujet ?

Paul Fustier (1993) reprend le concept freudien de relation d'objet par étayage pour proposer le concept de « zones institutionnelles d'étayage » qui correspondent aux positions maternelles ou paternelles que peuvent adopter les intervenants dans la vie quotidienne :

Elles correspondent précisément à ce que Freud considérait, dans son texte de 1914<sup>56</sup>, comme maternel, à savoir l'alimentation, les soins, la protection. On retrouvera, qualifiés de moments « forts » ou « privilégiés », les repas (nourrissage), les levers, les couchers, les toilettes (soin et protection) et tout ce qui évoque le Don (d'objets, de temps...). À notre

---

<sup>56</sup> « Pour introduire le narcissisme »

sens c'est plus dans une position maternelle que paternelle que l'éducateur, quel que soit son sexe, se trouve pris par une relation d'étayage. (p. 33)

La pédagogie active de François Tosquelles (1958) proposait que les activités éducatives soient menées par des éducatrices « de type maternel » ou « de type paternel » selon les médiations proposées et comme Paul Fustier, il considérait toute l'importance de la vie quotidienne et des soins de maternage en ce qu'ils favorisaient les liens d'étayage. S'impliquer dans une position de dévotion maternelle engage l'intimité du professionnel qui peut se trouver pris dans une grande dépense d'énergie s'il tente de combler le manque jusqu'à un idéal de réplétion. Pour Fustier, celui-ci doit nécessairement prendre conscience qu'il s'agit d'une illusion vouée à l'échec qu'il faut anticiper pour pouvoir faire le deuil d'un « Espoir » impossible projeté en lui. Il nous semble qu'à la maison d'accueil spécialisée, s'investir dans une position maternelle est un mouvement repéré, même si les intervenants s'en défendent parfois comme s'ils se sentaient pris en faute d'un investissement affectif de leur travail qui ne serait pas adapté aux « bonnes pratiques ». Les centres de formation et les recommandations des évaluateurs ne cessent de rappeler toute l'importance de trouver « la bonne distance » dans une relation de soin ou d'éducation. À propos de la relation éducative, Joseph Rouzel (1997) écrit : « Le transfert n'est pas réservé à la psychanalyse. Toute relation interhumaine, même superficielle, produit du transfert. La définition la plus simple du transfert, c'est que c'est de l'amour. » (p. 130). Il fait ainsi référence à Lacan – qui disait que le transfert est de l'amour s'adressant au savoir –, pour encourager les éducateurs à s'impliquer dans le lien et à ne pas craindre l'affection qui serait leur outil. Les séances d'analyse des pratiques et nos rencontres dans l'interstice avec les intervenants de l'institution ont souvent un effet de réassurance quant à cette affection qu'il ne faudrait pas ressentir à l'égard des accueillis. Il s'agit toutefois bien souvent de réussir à la réguler, le travail de grande proximité avec les accueillis étant parfois sursollicitant affectivement.

À la maison d'accueil spécialisée, les troubles psychopathologiques et les handicaps très envahissants des sujets accueillis engagent des modalités relationnelles particulières avec eux. Elles sollicitent un registre archaïque et corporel dans lequel les professionnels, notamment lorsqu'ils débutent, ne sont pas toujours à l'aise. Si l'on cite en exemple le retrait autistique, la séparation d'avec l'objet externe n'a pu s'effectuer, dans la mesure où le sujet n'a pas encore pu s'individuer, du fait d'une structuration psychique encore

peu délimitée et de ses difficultés à s'élaborer. Ainsi, un placement précoce pourrait présenter le risque pour le sujet de fragiliser encore davantage l'objet interne qui doit permettre à l'enfant de supporter la séparation d'avec l'objet externe. En d'autres termes, au vu de la structuration troublée de l'enfant déficitaire et de sa grande difficulté, voire de son impossibilité d'accéder à la symbolisation et de métaboliser ses ressentis, la séparation surviendrait alors que celui-ci n'a pu acquérir la sécurité de base qui lui permettrait de supporter la rupture. Cette expérience se rapproche de l'échec de « l'activité de représentation » énoncée par Piera Aulagnier (1975), cet échec entraînant le rejet de l'objet ainsi décrit lorsqu'elle conceptualise « l'automutilation de la zone érogène » (p. 63). Si une élaboration théorique est indispensable pour pouvoir comprendre et soutenir ces échecs de symbolisation, les intervenants ont aussi à observer leurs propres ressentis afin de pouvoir les ajuster à la multiplicité des situations impliquantes rencontrées.

La rencontre avec les accueillis soumet ces professionnels à une forte charge émotionnelle. D'une part, être confronté à l'*inquiétante étrangeté* et à l'archaïque est une expérience singulière, qui sollicite notre propre archaïsme, intimement lié à l'état de dépendance absolue de nos expériences primaires (Golse, 2007). D'autre part, la situation d'abandon des accueillis mise en avant présente une béance à combler, mission symbolique dont les professionnels peuvent s'auto-investir. Aussi, s'appuyer sur une histoire institutionnelle asilaire leur a longtemps donné des pistes de compréhension suffisantes pour étayer leurs pratiques. L'accent n'était alors pas mis sur les « bons » gestes techniques à maîtriser, ni sur une organisation institutionnelle unifiée et codifiée, mais bien sur la rencontre.

Philippe Gabbai (2004) nous propose une définition de l'éducation qui met en évidence l'investissement subjectif mobilisé par cette rencontre, ici dans les structures pour personnes handicapées vieillissantes, mais que nous pouvons généraliser à la rencontre avec l'archaïsme de la grande dépendance :

Si l'éducation est bien cet acte d'humaniser et de socialiser, si l'éducation est bien ce travail d'inscription de l'homme dans la communauté humaine, alors oui, je le crois, l'éducation de ces personnes est possible : il suffit, pour l'humaniser, le socialiser, l'inscrire jusqu'à la fin dans la communauté humaine, de le « rencontrer ». Auprès des personnes handicapées âgées comme auprès de tous ceux que la maladie tente de déshumaniser, nous avons tous

connu ce miracle qui, du hasard d'un regard partagé, fait surgir le lien « fraternel » de la « Rencontre ». (p. 71)

La rencontre intersubjective, c'est ce qui se joue à un moment donné mais aussi dans la durée, entre deux êtres humains, ici l'un accueilli et l'autre professionnel. On peut en faire le récit, mais on ne peut la quantifier dans une grille d'évaluation et encore moins dans une politique comptable de gestion de lits. À la maison d'accueil spécialisée, l'intervenant doit s'impliquer dans la rencontre avec des accueillis aux prises avec des angoisses archaïques et des fonctionnements relationnels du registre de l'identification adhésive ou projective. Il s'agit alors d'échapper à l'indifférenciation, en s'appuyant sur des ressources subjectives, mais aussi théoriques pour pouvoir se positionner avec justesse en réponse à des mécanismes attaquants.

Comme le remarquait Paul Fustier, les soins de maternage engagent la position subjective de l'intervenant. Mais l'implication affective des professionnels nous semble encore plus mobilisée lorsqu'il s'agit d'accompagner des personnes sans famille, « qui n'auraient plus que nous ». Lors de notre arrivée dans l'institution, nous avons été interpellée par la répétition des récits de l'histoire asilaire des accueillis. Nous avons ressenti de l'émotion et il nous avait alors semblé que cette réaction était attendue et pouvait même être considérée comme un facteur d'intégration. Il paraissait incontournable de nous montrer indignée, voire même sidérée par le récit du sort de « ces malheureux idiots », pour reprendre la formule d'Esquirol. Aussi, lorsque nous annonçons notre sujet de thèse, il n'est pas rare d'observer que nous transmettons la même émotion. À la condamnation populaire de ces familles qui abandonnent leurs enfants à l'asile, nous pouvons maintenant répondre que la situation n'était pas si évidente. Le contexte de cette époque était abandonnique. Ainsi lorsqu'un enfant gravement handicapé naissait dans une famille, s'ajoutait au traumatisme de cette naissance et à sa blessure narcissique des enjeux sociaux difficilement surmontables. Peu de solutions étaient offertes à ces enfants et à leur famille. Si le recours à l'hospice était gratuit, nous ne connaissons pas la qualité des soins qui leur étaient dispensés ; ce serait un sujet de recherche historique intéressant. Si ces enfants présentaient une angoisse psychotique trop envahissante, des troubles du comportement ou des stéréotypies difficiles à contenir, l'orientation vers l'hôpital psychiatrique semblait s'imposer et devenait alors coûteuse si l'incurabilité de l'enfant était attestée. Un jeu de mots entre « incurabilité » et « inéducabilité » s'instaurait parfois, mais la préconisation administrative de l'abandon à l'Assistance publique était une issue

à l'impasse que pouvait représenter la catastrophe familiale. Se surajoutait à cette réalité matérielle un contexte d'exclusion provoqué par les fantasmes déshumanisants associés au handicap, générateurs de honte et de culpabilité.

## ENTRE CHARITÉ ET DÉTACHEMENT

Certains professionnels connaissent les accueillis de longue date, avant même l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée. La proposition de rechercher des familles dont les noms se retrouvent dans les dossiers a longtemps été débattue quant à sa pertinence. La majorité des intervenants soutenait que le sujet s'était construit sans famille et n'en manifestait pas de besoin. Lors des obsèques de Monsieur I. qui a été inhumé au cimetière de l'hôpital, l'officiante a évoqué à plusieurs reprises « sa famille de cœur » en désignant les professionnels qui étaient présents, représentant ainsi symboliquement la famille du défunt. De notre place de psychologue clinicienne, nous devons soutenir un important travail de reconstruction biographique et de restitution, les histoires singulières des sujets n'étant que très rarement connues des professionnels qui semblent s'accommoder de cette carence en s'appuyant sur l'élaboration d'une histoire de vie indifférenciée. De l'histoire commune des accueillis, c'est aussi celle des soignants les plus anciens qui montre une influence tendant à emporter l'équipe de la maison d'accueil spécialisée vers une culpabilité partagée, voire vers les reliquats d'une expérience honteuse. Au-delà, la prise en compte du vécu abandonnique des accueillis engage les professionnels dans une démarche réparatrice d'hyper-responsabilisation qui les pose en figures d'étayage.

Pour comprendre cette posture, notre perspective historisante nous amène à envisager que les pratiques professionnelles consistant à prendre soin d'autrui sont sous-tendues par une tradition de charité. De la position maternelle à celle de charité, il n'y a qu'un pas. Saül Karsz (2011) met en évidence le processus séculaire qui a démarqué la « charité » de la « prise en charge » dans les dispositifs institutionnels qui soutiennent nos pratiques sociales, et par extension sanitaires et médico-sociales. Il nous apprend que les conditions soutenant la charité sont l'obscurantisme et le dogmatisme. La mission caritative est impérative, elle implique un don de soi sans réserve et ne tolère pas le doute. Elle s'appuie sur des fondements scientifiques dont la moralité est mise en exergue et ne peut être contestée :



La force de la charité est justement de rendre congruentes les sciences de la santé et les sciences ou plutôt les pseudo-sciences morales. Elle tient à étayer ses idéaux sur des savoirs solides, reconnus : biologie, médecine, psychiatrie, plus récemment économie, sciences sociales, psychologie, psychanalyse... Ces disciplines couvrent l'éventail des besoins matériels, psychiques et moraux des destinataires de la charité, et sont censées légitimer les préconisations caritatives en matière de règles d'hygiène, d'amélioration des conditions de vie des populations secourues, d'éducation ou de rééducation des enfants et des familles. (p. 107)

Ainsi, des repères scientifiques vont être investis par des paramètres idéologiques dont la convergence va former l'assise de l'intervention charitable. Cette fonction idéologique montre l'évolution de la charité dans notre monde contemporain qui ne la conçoit plus uniquement dans une acception religieuse. Édouard Séguin critiquait la charité chrétienne en ce qu'elle maintenait l'idiot dans un lien de dépendance. Robert Castel, lui, désignait la charité et les politiques sociales-assistanciennes comme un processus de contrôle social et donc d'assujettissement des classes populaires. Dans sa continuité, Henri-Jacques Stiker (1982) observe que la charité assistancielle a pris cette dimension de « principe d'organisation de la déviance » (p. 34) à partir de l'action de Vincent de Paul instituant une démarche de secours individualisé précédant la création de l'hôpital général, qui fut d'abord un lieu d'enfermement. Ainsi, vouloir le bien de l'autre consisterait à le contrôler. Mais au-delà, il nous semble que l'héritage de cette charité idéologique exerce également un certain contrôle envers les professionnels, qui vont devoir se soumettre à des obligations morales sans discernement subjectif. En outre, la posture charitable ne se mesurerait pas seulement en termes d'implication mais aussi sous le registre de l'abnégation ; elle consigne ce qu'il ne faut pas faire, ni penser, ni être. L'exemple inverse se trouverait chez les « présences proches » du réseau de Deligny qui n'étaient certainement pas charitables même si l'énergie qu'elles déployaient jour et nuit montrait leur grande implication. Leur liberté de penser et leur créativité étaient soutenues par des idéaux utopistes et un fonctionnement autogéré qui affranchissait la communauté d'une instance idéologique et gestionnaire dominante. En outre, Saül Karsz observe que ces assises morales héritées de la charité religieuse vont formater la pensée dans une logique humaniste épurée d'une compréhension politique, susceptible d'inscrire les pratiques et donc les praticiens dans un rapport de force. Celles-ci ont orienté l'émergence du travail social qui est devenu intimement lié au capitalisme et à son économie néolibérale. Le domaine de la santé n'a pas échappé à cette évolution. Nous avons vu dans notre

intermède à quel point le destin des patients déficitaires était attaché à la transformation législative et institutionnelle de la psychiatrie. Pourtant, peu de professionnels analysent les remaniements actuels pour les relier aux enjeux de la nouvelle articulation entre le champ de la psychiatrie et celui du médico-social. Ils considèrent que l'orientation d'un patient vers la maison d'accueil spécialisée signifie sa relégation, sa mise au rebut, et qu'ils sont là pour le recueillir et lui offrir une « seconde vie », tel un objet recyclé. Ainsi, il n'est pas question d'envisager cette orientation sous l'angle d'une contrainte économique et de la mutation de l'hôpital vers le traitement de l'aigu, mais d'insister sur l'inadéquation de la personne qui ne doit plus rester hospitalisée. Alors, son accueil devient mission de charité. De la même façon, Vincent de Paul ouvrait ses portes à tous les déshérités.

À propos des pratiques qui sont organisées par le principe de prise en charge, Saül Karsz observe qu'elles ne sont pas davantage politisées et tout aussi dépendantes, puisqu'inventées par le système néolibéral. Leur professionnalisation les inscrit dans un cadre gestionnaire et évaluatif dont l'une des finalités est de soutenir leur efficacité. On y retrouve par exemple l'injonction de performance et de progrès constituant les pratiques éducatives via les projets personnalisés, telle que la dénonce Philippe Chavaroche (2014). Ainsi, les professionnels de la prise en charge se voient soumettre leur créativité à des normes de « bonnes pratiques » qui régissent désormais leurs actions, orientées par le précepte de « bienveillance ». Moins éprouvante affectivement que la charité qui, elle, est d'obédience compassionnelle, travailler sur le mode de la prise en charge consiste à utiliser son professionnalisme plutôt qu'une implication affective. Vues sous cet angle, des expériences de formation répétées, telles qu'elles sont proposées de nos jours, auraient pour principal enjeu d'écarter les professionnels d'un engagement subjectif du registre de la charité :

Mais si l'absence de vocation chez les praticiens de la prise en charge se rapporte à un besoin constant de formation, ce n'est pas pour autant que ces professionnels y font recours de manière ininterrompue. Une constante semble pouvoir en être dégagée. En effet, moins les travailleurs sociaux incluent, tout au long de leur carrière professionnelle, des périodes de formation diversifiée, et plus déterminante est l'influence objective de la charité dans le travail social, c'est-à-dire dans leurs pratiques. C'est là, sans doute, un des enjeux théoriques, professionnels et bien entendu idéologiques, des questions de formation et d'exercice professionnel... (Karsz, 2011, p. 148)

La mise en tension entre charité et prise en charge est un mouvement que nous observons ces dernières années à la maison d'accueil spécialisée. Les pratiques se formalisent et s'uniformisent de plus en plus dans un cadre méthodologique constitué par un « ensemble plus ou moins codifié de règles, démarches, attitudes et postures, mots-clés, cases à remplir dans des formulaires. » (*ibid.*, p. 142). Les nouveaux professionnels recrutés dans l'institution semblent moins engagés dans la rencontre avec le sujet et s'appuient sur des actes techniques à réaliser. Nous observons qu'ils ne fréquentent que rarement les groupes d'analyse des pratiques ou les réunions de synthèse, deux instances où le partage d'expérience se parle, dans des champs réflexifs différenciés mais complémentaires. Ce n'est qu'après plusieurs mois d'exercice, s'ils sont restés dans l'institution, qu'ils commencent à questionner l'histoire subjective des accueillis et le passé institutionnel. Ce glissement est aussi à associer à l'évolution du mythe institutionnel qui semble s'être vidé de la compassion pour la situation abandonnique des accueillis, à partir de laquelle il avait été élaboré, pour adopter un contenu plus consensuel et conforme aux principes organisateurs du fonctionnement de type « prise en charge ». Comme nous l'avons vu, le mythe institutionnel qui est maintenant transmis insiste sur la grande liberté d'agir des premières années, valorisant la créativité d'alors en comparaison à la rigidité des protocoles uniformisants d'aujourd'hui. Si nous donnons à la distance des nouveaux professionnels une fonction d'aménagement défensif face à l'archaïque, nous pouvons alors la traduire par de la prudence. Mais nous constatons également que l'intégration mentale des nombreux protocoles, de plus en plus techniques, a dorénavant fait passer la rencontre au second plan. Autrement dit, de nos jours, il vaudrait mieux connaître le déroulement de la journée-type d'un accueilli et le matériel spécifique dont il a besoin plutôt que d'imaginer comment se présenter à l'autre afin de créer le lien qui permette la différenciation.

Nous avons vu que dès l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée, les professionnels montraient un vif intérêt pour les récits des soignants qui avaient travaillé dans les services de long séjour de l'hôpital d'où venaient les accueillis. Ils expliquaient chercher ainsi à établir des points de repère d'historicité pour élaborer leurs pratiques auprès d'eux. Mais au-delà, il s'avère que ces récits organisaient aussi la construction de leur propre identité professionnelle. La maison d'accueil spécialisée venait d'ouvrir ses portes, le bâtiment récent était construit sur le terrain de l'hôpital, l'ancien verger de l'asile. L'histoire était à composer, corrélativement à l'institué qui s'élaborait peu à peu. En

parallèle, l'identité professionnelle de cette équipe était à forger dans un champ spécifique au croisement de la psychiatrie et du secteur médico-social. Ces intervenants spécialement recrutés pour l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée n'étaient pas issus du champ du soin. Ils avaient majoritairement des formations construites en écoles de travail social (aides médico-psychologiques, moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, cadre socio-éducatif...). Celles-ci devaient constituer un bagage porteur de sens dans l'invention de leurs nouvelles pratiques professionnelles. Ainsi, les pratiques liées aux temps clés du quotidien étaient régies par les principes organisateurs du secteur médico-social attachés aux médiations éducatives mais aussi à la notion de progression du sujet dans ses capacités à accéder à l'autonomie, avec le sens performatif que nous lui avons donné dans notre première partie. L'importance donnée à la rencontre intersubjective, d'abord orientée vers l'observation de la potentialité du sujet à faire de nouvelles acquisitions, s'est ensuite développée dans une dimension d'étayage, puis d'attachement.

Paul Fustier (1993) remarque qu'un dispositif institutionnel est « marqué par le plein », à l'inverse de la cure-type analytique qui se caractérise par une « réponse en creux, qui se dérobe à donner ce qui lui est explicitement demandé » (p. 28) :

D'autre part ce dispositif est donateur, il offre de la nourriture, de l'hébergement et du soin. Il n'est pas « en creux », il est « en plein », il ne s'abstient pas, il propose de l'explicite ou des objets là où il y a un « besoin » ou une « demande ».

Ce qui survient alors dans l'imaginaire des relations n'est pas à entendre comme un transfert. L'institution doit être plutôt comprise comme une organisation dont les caractéristiques favorisent ou plutôt induisent chez les personnes accueillies ce que Freud appelle relation d'objet par étayage. (p. 34-35)

Cette caractéristique du « plein » et la fonction de relation d'objet par étayage sont remarquables à la maison d'accueil spécialisée. Les accueillis y sont entrés dans le plus grand dénuement. Par définition, la déficience renvoie déjà à une précarité psychique que les éducateurs s'appliquent à aménager au moyen de nombreuses propositions d'apprentissages. Aussi, leur passé asilaire soutenait matériellement ce dénuement : ils n'avaient jamais eu accès à une chambre qui soit considérée « à eux » et ils avaient très peu d'effets personnels. Le fait que tous leurs vêtements soient mélangés et indifférenciés lors de leur arrivée constituait un élément important du récit catastrophiste du premier jour. Dans une démarche originelle qui relevait du Don, les intervenants se sont donc

mobilisés pour que leur chambre soit décorée et personnalisée, et pour qu'ils aient accès à une vêtue conséquente, ainsi qu'à de nombreux objets, produits de beauté, jouets... Peut-être avec une certaine démesure. L'argument principal de cet élan était d'offrir de la dignité aux accueillis, et rien ne semblait trop beau pour ceux qui avaient tant manqué.

En traitant la question du Don, Paul Fustier évoque le plaisir de l'éducatrice d'un foyer à effectuer des achats pour son institution dans un principe d'échange : « Se faire plaisir, leur faire plaisir, prendre du plaisir à faire plaisir, tel est ici le climat de l'échange. » (p. 88). C'est sans aucun doute le cas aujourd'hui, dans la mesure où ces achats sont limités et pensés par une « nécessité professionnelle » s'équilibrant avec le plaisir des achats qui répond à une position maternelle dont le souci serait de combler la carence de celui pour qui elle effectue ces achats. Il nous semble qu'aux premiers temps de l'institution, cette position ambiguë n'avait pas été travaillée, ce qui plaçait les intervenants dans un débordement affectif, « conformément à l'idéal de dévotion maternelle » (p. 90).

Mais l'aspect le plus important du dénuement des accueillis était leur absence de famille. Celle-ci semblait indissociable de leur passé asilaire qui constituait une situation de double abandon. Les discours à ce sujet rapportaient que non seulement, ils avaient été abandonnés parce qu'anormaux, mais encore qu'ils s'étaient trouvés en situation d'abandon dans les services hospitaliers parce que déficitaires. Il s'agissait donc de leur apporter une double compensation : se substituer à l'absence des familles et réparer les manquements institutionnels.

C'est principalement à partir de cette double carence que l'infrastructure de l'institution nous semble s'être organisée durant ses dix premières années d'existence. Pour développer ce concept, revenons aux travaux de Paul Fustier (1987) à propos de « l'infrastructure imaginaire des institutions ».

Il la définit ainsi :

Un certain nombre de productions inconscientes, dont on retiendra qu'elles peuvent être des imagos ou des fantasmes, agissent « par en-dessous » sur la vie institutionnelle. Elles infléchissent les tâches à remplir, déterminant, en deçà du rationnel de l'objectif poursuivi, la façon dont ces tâches se réalisent ; l'infrastructure « organise » le travail institutionnel en le modulant à partir d'un jeu d'affects susceptible soit de favoriser telle ou telle forme d'exécution des objectifs, soit même d'aller à l'encontre de leur exécution. (p. 131)

Cette infrastructure donne donc « couleur et sens à la vie institutionnelle » (*ibid.* p. 182) puisqu'elle va orienter le choix des « systèmes théoriques et des référents idéologiques » (*ibid.*) qui soutiennent les orientations de sa superstructure – les modalités de fonctionnement au quotidien autour de la tâche primaire. Le mythe fondateur antiasilaire nous apparaît avoir largement nourri l'élaboration d'une théorie spontanée, telle que la propose Fustier :

Celles-ci [*les théories spontanées*] ont comme caractéristiques d'être à la fois la transcription intra-institutionnelle d'un discours social reconnu (qu'il soit majoritaire ou l'œuvre d'un *underground*), et la mise en mots du travail de l'organisateur psychique sur le dispositif. C'est ainsi que les théories spontanées, en s'appuyant sur une idéologie, vont définir les objectifs et les caractéristiques d'une prise en charge, se constituer en argumentaire, indiquer les raisons pour lesquelles le dispositif de l'institution doit prendre telle forme, en justifier certaines particularités... (1993, p. 12)

S'il rejoignait la pensée politique dominante et fondatrice du secteur médico- social – et *a fortiori* de la maison d'accueil spécialisée – le discours antiasilaire confortait aussi les intervenants dans leur mission de sauvetage. Nous retrouvons ici les mêmes mécanismes défensifs qui préservent de la culpabilité d'un fantasme d'appropriation, comme dans le cas du scénario de vol d'enfant qui confronte famille et professionnels. La vulnérabilité des accueillis, leur dénuement à combler, ont ici exacerbé la possessivité des intervenants qui ont jugé que les soignants de psychiatrie étaient de mauvais soignants, à l'instar des professionnels de maisons d'enfants reprochant aux parents d'être mauvais et incompetents.

Ce postulat s'accorde avec l'infantilisation de ces adultes aux pathologies archaïques, souvenons-nous ici que le service des enfants a gardé son appellation même lorsque les patients avaient dépassé quarante ans. En outre, il rejoint les fréquents discours familialistes d'intervenants (« nous sommes leur famille ; ils n'ont que nous »), qu'il s'agisse d'éducateurs ou de soignants et quel que soit le champ institutionnel. Cette toute-puissance est sous-tendue par l'illusion primitive, d'une part de se substituer aux parents et d'autre part, de réussir là où l'hôpital aurait échoué. L'abandon et l'absence des parents vient exacerber la dynamique fantasmatique à leur propos. Nous pouvons alors le concevoir comme un organisateur inconscient imagoïque de dévotion maternelle (Fustier, 1993). Lorsque Fustier s'intéresse aux institutions de l'éducation spécialisée, il observe que les tendances antisociales (Winnicott, 1956) des enfants accueillis marquent une

rupture précoce de l'illusion apportée par cette situation de fusion primitive qu'est la préoccupation maternelle primaire. Chez l'enfant ordinaire, c'est la sortie de l'illusion qui le mène vers la transitionnalité constitutive de son rapport au monde. Fustier décrit alors le mécanisme de l'investissement de l'institution accueillante par l'enfant aux tendances antisociales :

Cela entraîne la plupart du temps du désespoir, et dans certaines situations au contraire, la réapparition d'un Espoir, celui de retrouver, chez un interlocuteur, la mère toute dévouée qui a été perdue. Cet Espoir est une illusion, l'illusion que quelqu'un trouvé dans le monde extérieur pourrait prendre cette place, donc que cette personne aurait les caractéristiques que l'illusion entretient, à savoir satisfaire à toutes les demandes et réaliser tous les désirs. (Fustier, 1993, p. 9)

Dans le cas du handicap gravissime occasionné par les pathologies de type archaïque, les mécanismes s'organisent différemment en fonction de la position parentale et du potentiel recours au tiers qui soutiendra la transitionnalité, mais aussi d'une temporalité différente du fait de la grande dépendance de l'enfant qui ne lui permettra pas un cheminement ordinaire vers l'indépendance. Avec la situation de Monsieur C. et de sa mère, nous avons décrit l'état de « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956) chez les parents d'enfants handicapés, en particulier la mère, lorsqu'ils se trouvent engagés dans une dyade sans recours au tiers incarné par une institution accueillant leur enfant. Nous avons vu que dans l'histoire de Monsieur C., elle avait engagé une situation de symbiose familiale. Les intervenants de la maison d'accueil spécialisée, dans le premier temps consécutif à son ouverture, nous semblent s'être organisés d'après ce même mécanisme. En adoptant ce point de vue inversé, c'est donc la famille de l'accueilli qui aurait dû faire fonction de tiers si elle avait été présente.

Si nous reprenons la situation de Monsieur F., peu d'éléments de son dossier nous permettent d'explicitier les raisons de son placement précoce à l'hôpital, mais sa « turbulence » et son agressivité, qui plus est sa « dangerosité » apparaissent au premier plan des observations, ce qui sous-tend son impossibilité à rester accueilli chez une nourrice. Adulte, nous avons interrogé son rapport aux objets. Sa façon impulsive de claquer les portes ouvertes, de projeter des couverts à travers la salle à manger ou de renverser des chaises témoignent d'un éprouvé particulier vis-à-vis de son environnement tridimensionnel. Nous avons aussi relevé qu'il pouvait parfois s'en prendre aux autres, mais dans l'extension de son rapport troublé aux objets inanimés : il renversera un fauteuil

roulant bien qu'il soit occupé par une personne, ou dans une claque il projettera le chapeau posé sur une tête, s'emparera sans ménagement de la chaussette qui enveloppait un pied. Mais aussi, Monsieur F. a pu être décrit comme victime des autres. Poussé, bousculé, parfois frappé, on a pu penser que sa forteresse de chaises ou que son enveloppement de matières fécales visaient à le protéger des états clastiques de ses compagnons. Ce n'était pas tant l'aspect intrusif de la relation qui était désigné, mais bien la violence physique de certaines interactions. Les agis de Monsieur F. étaient éprouvants pour les intervenants, notamment parce que son repli autistique leur donnait le sentiment d'être privés de relation. Ils exprimaient ainsi la sensation d'être aspirés face à son vide, disaient leur trouble quand ils étaient aux prises avec son adhésivité ou quand ils avaient le sentiment d'être indifférenciés. Mais, en s'appuyant sur la victimisation liée à son histoire et donc sur sa vulnérabilité, ils ont trouvé des ressources psychiques pour élaborer le lien. S'appuyer sur son histoire institutionnelle fournissait des éléments d'explication de son étrangeté et de son isolement, qui semblaient plus mobilisants qu'une explication psychopathologique de ses troubles autistiques.

Les temps ont changé. Les familles sont maintenant mieux accompagnées lors de l'annonce du handicap de leur enfant et ont accès à des ressources – encore trop peu – pour que leur lien familial soit soutenu. L'abandon n'est plus présenté comme le dénouement exclusif de leur expérience éprouvante. Nous avons vu avec Denis Mellier (2019) que le terme de « coéducation » s'est récemment propagé dans les institutions, avec la volonté d'accorder une place aux familles et de soutenir leur place auprès de la personne accueillie.

L'évolution des dispositifs institutionnels, mais aussi des pratiques, recommande que le sujet devienne maintenant le seul dépositaire de son histoire. C'est une avancée discutable, dans la mesure où celui-ci risque de trouver plus difficilement des ressources d'attachement auprès des institutions accueillantes, qui ne deviendraient que des lieux de passage et d'acquisitions instrumentales. Ce changement tend à protéger les professionnels d'un investissement affectif envahissant s'il est mal contrôlé, mais il implique un désinvestissement, voire un détachement, qui bat en brèche les conceptions éducatives et soignantes mettant la relation au premier plan.

Le concept de mésinscription nous apparaît pertinent pour conclure notre réflexion. Nous avons pu observer l'évolution d'un phénomène de relégation des sujets déficitaires au fil de l'histoire, organisé à partir des mouvements du traitement socio-culturel et



institutionnel de la déficience. L'histoire des accueillis et de leurs familles, celle de l'hôpital et de la maison d'accueil spécialisée nous en révèlent les traces avec lesquelles s'est construit le mythe institutionnel, qui s'est transformé peu à peu en héritage. Alain-Noël Henri (2016) désigne l'envahissement par la honte – qui est une thématique transversale de notre recherche – comme le point de départ de la mésinscription (p. 83). Proche de la liminalité et tout autant envahissante que la honte, elle nous semble toucher encore plus profondément le sujet, sa famille et les professionnels que la relégation, qui n'en serait qu'un résultat finalement factuel et articulé intimement à celle-ci.

Nous avons vu que l'irruption du handicap de l'enfant s'accompagne de fantasmes mortifères et monstrueux provoquant une rupture de la filiation. Le contrat narcissique qui lie l'enfant à sa famille est compromis par son « avenir clos d'avance » : « C'est le fantasme du mort-vivant, d'une vie qui n'en sera pas une. » (*ibid.*, p. 257). Alain-Noël Henri décrit ainsi que le fantasme de « l'enfant abîmé » va maintenir celui-ci en dehors de l'humanité en tant qu'objet partiel de la mère. En annulant la perpétuation de la lignée, la compromission de son accès à une sexualité génitale déchoit le père de sa fonction triangulante auprès de cet enfant.

Du côté du sujet mésinscrit, il n'est pas acteur mais associé au sentiment d'horreur qu'il porte malgré lui comme un emblème auquel il est assigné. Objet commémoratif d'une horreur non symbolisable, objet fécal, Alain-Noël Henri écrit qu'il vaut mieux « nier l'enfant abîmé comme sujet que de supporter de s'identifier imaginativement à lui. » (1996, p. 253)

Nous avons vu avec Monsieur T. comment les manifestations bruyantes de son archaïsme le précipitaient vers le rejet et la mobilisation psychique qu'il a fallu déployer pour qu'il puisse être subjectivé. Notre propos suivant s'attachera à ce processus. Confrontés à une demande fantasmatique de réparation, finalement impossible, les soignants se retrouvent en position de substitution à la souffrance, faisant fonction de réceptacle à toutes sortes de débris. Ainsi, s'ils ne réparent pas le sujet abîmé, ils proposent de réparer la défaillance de son enveloppe et des strates d'un environnement devenu trop précaire pour le contenir. Ainsi, les intervenants vont s'engager eux-mêmes dans un mouvement identificatoire, qui les confronte d'une part à l'archaïsme des accueillis, mais qui les engage d'autre part à l'appropriation de leur mésinscription. Celle-ci n'est que très peu symbolisée, elle devient plutôt un symptôme du registre mélancolique en plaçant l'indignité au premier plan. Alain-Noël Henri (2012) montre que le secteur du médico-social s'est fondé sur le

traitement social de la mésinscription des personnes qu'il accueille, avec la mission, bien impossible, de la réduire. Ce point de vue s'entrechoque à celui de Fleur Michel qui propose l'existence d'un espace social dévolu au sujet handicapé. Avec Alain-Noël Henri, l'espace d'exclusion devient un contre-espace, celui de la mésinscription aux enjeux d'opposition et de retournement :

Un autre point est très important pour comprendre les pratiques contemporaines : par essence, la réduction de la mésinscription se présente comme une contre-violence, opposée à la violence que fait subir, par son être même, et le plus souvent bien malgré lui, le sujet mésinscrit ; mais cette violence peut aussi se retourner, et se retourne souvent, dans cet équivalent symétrique de la haine qu'est la pitié, ou sa variante atténuée : la sollicitude. (p. 160-161)

Les professionnels sont pris par la contradiction de devoir s'attaquer au symptôme producteur de mésinscription tout en le protégeant dans un mouvement d'identification spéculaire. Côté la mésinscription au quotidien les confronte ainsi à des positions antagonistes difficilement élaborables qui les mettent à l'épreuve du retournement de la haine contre soi. En outre, nous avons vu qu'un partage d'affects s'opère dans une grande proximité :

Mais plus l'on est impliqué dans une relation d'objet avec lui, plus l'on réintrojecte ce qu'on avait projeté sur lui, et plus l'on se trouve collé à lui dans la honte imparlable de ce que l'on partage avec lui. On le rejoint dans les ténèbres extérieures. (*ibid.*, p. 166)

Ainsi, bien souvent, nous avons fait un constat de relégation lorsque nous évoquions le destin des personnes vivant à la maison d'accueil spécialisée. Si ce terme s'applique à leur trajectoire institutionnelle et sociale, le concept de mésinscription serait le mécanisme subjectif généré par ce mouvement de relégation. Citons ici les paroles d'une aide médico-psychologique lors d'une séance d'analyse de la pratique, à la veille d'une démarche d'évaluation externe :

*En fait, nous sommes la poubelle de la société. Ce que je veux dire, c'est que ces gens, on ne sait pas quoi en faire. Ils sont là c'est tout. Mais comme on peut pas les tuer, alors on les met là, à la MAS. Et nous on nous paye pour s'en occuper. En fait ils s'en foutent peut-être de savoir si on s'en occupe bien, si leur vie à un sens maintenant. D'ailleurs est-ce qu'elle en a un ? Le principal, c'est qu'on les garde et que personne ne les voie. Moi quand je parle de mon boulot à des gens qui ne sont pas du métier, ben personne sait que ça existe.*

*Personne n'imagine qu'on a des gens si atteints, qui sont là depuis si longtemps. On les efface en fait, c'est pire que les planquer !*

Cette prise de parole a laissé le groupe perplexe et silencieux. Comme si les projections de la mésinscription des sujets accueillis chez cette intervenante ne pouvaient être relayées par une parole collective. Le silence marquait une rupture défensive, puis des mots d'humour au sujet du « caractère provocateur » de la professionnelle ont permis au groupe de se dégager d'une potentielle contagion.

Travailler avec la mésinscription nous engage constamment dans un rapport de force. De notre place de psychologue clinicienne, il s'agit de ne pas nous laisser happer et de chercher comment soutenir la symbolisation de ce qui n'est pas symbolisé ou ne peut plus l'être. Dans le contexte de la maison d'accueil spécialisée, le travail anamnétique s'avère être un outil clinique particulièrement pertinent. Nous verrons que son utilisation vient contrer les effets délétères de la mésinscription, qui reste toutefois opérante et met en tension des mécanismes de déliaison auxquels l'institution est particulièrement sensible depuis sa création. Cette démarche anamnétique nous semble parvenir à inscrire l'institution dans une tradition d'historicisation, qui inclut non seulement le mythe de fondation, mais qui nous permet aussi d'identifier les effets de l'histoire du traitement social de la déficience profonde en France.

## SYNTHÈSE CONCLUSIVE

Après notre première partie et notre intermède qui se situaient dans une perspective nationale, nous nous sommes ici intéressée à la maison d'accueil spécialisée dans sa singularité. Notre démarche était d'observer de quelle façon l'institution porte les traces d'une histoire générale, dans laquelle elle s'inscrit.

Avec l'étude du mythe fondateur, nous avons vu qu'une institution récente, même lorsqu'elle n'a pas de fondateur désigné, s'érige et s'inscrit dans un contexte social, territorial et temporel. La création de celle qui nous intéresse apparaît intimement liée au passé asilaire, d'une part parce qu'elle a accueilli un groupe de personnes qui, malgré elles, étaient des actrices de cette histoire et d'autre part, parce qu'elle incarne une évolution politique dont la maison d'accueil spécialisée pourrait augurer de l'avenir.

Son ouverture fut le théâtre d'une rencontre entre deux groupes qui étaient presque antinomiques. Les accueillis portaient leurs quarante ans d'asile, dont leur construction identitaire précaire était imprégnée. Dans ce même groupe, il y avait les soignants de l'hôpital. Les récits que nous avons recueillis révèlent leur implication intersubjective et cet attachement que nous retrouvons lorsque l'on s'engage dans le lien avec le sujet aux pathologies de type archaïque. La qualité de cette relation est repérable dans nos lectures historiques, puisque même les écrits d'Esquirol laissent apparaître son implication affective. Que les acteurs de la psychothérapie institutionnelle et les psychanalystes s'intéressant aux cliniques de l'extrême insistent autant sur les dynamiques transféro-contretransférentielles avec cette population n'est pas un hasard. Nous verrons dans le chapitre suivant que cette rencontre nécessite de mobiliser l'archaïque dans le processus identificatoire propre à la relation intersubjective. Or, l'absence des soignants de l'hôpital nous a interrogée, tant le jour de l'ouverture que les semaines suivantes. Une infirmière nous dit à ce sujet :

*Ah non, ils ont quitté l'hôpital, je n'allais pas les suivre !*

*Mais la MAS est dans l'hôpital ? Oui mais c'est pas l'hôpital ! On m'a nommée dans un autre service et j'ai eu de nouveaux patients.*

*Mais tu n'avais pas envie de savoir comment ils allaient ? Bien sûr que si ! Mais on avait des nouvelles, pas terribles d'ailleurs, et puis il valait mieux couper le cordon et les laisser se débrouiller. Ça m'a fait de la peine que le service ferme. Je n'allais pas m'accrocher encore plus !*

Le recours à une rationalisation qui s'appuie sur l'organisation matérielle de la mutation d'un service à l'autre semble avoir été un moyen sécurisant de désaffectiver la rupture, somme toute brutale. Avec la résignation de cette soignante, nous constatons aussi l'impact symbolique de cette frontière entre le champ médico-social et le sanitaire. Nous avons vu que la construction d'un mythe fondateur antiasilaire plaçait également ces soignants du passé dans la position de mauvais objets dont il fallait se détourner.

Dans ce contexte d'affectation, une aide-soignante a eu un poste durant quelques mois à l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée. Elle avait travaillé au service des enfants, puis dans l'unité de transition à l'hôpital. Elle était donc très impliquée auprès des patients, mais semble avoir été mise à mal par ce changement radical de pratiques :

*Je n'arrivais plus à venir travailler. Je faisais des détours en voiture avant mon poste. C'est bizarre hein ? Non j'arrivais plus. C'était difficile, parce que je me retrouvais toute seule. Ils étaient dix patients dans la maisonnée et moi j'étais toute seule, toute seule, toute seule ! Et là je me suis dit que je ne tiendrai pas. Je ne sais pas comment ça fonctionne maintenant. Mais là comme je connaissais tous les patients ben on me laissait toujours toute seule, même sur le temps du repas et ça franchement, ça m'a été insupportable. Sur les autres maisonnées ils étaient plusieurs pourtant, mais pas moi. Parce que quoique j'ai pu vivre sur les unités à l'hôpital, même si c'était difficile, on était toujours en équipe. Les patients ne parlaient pas mais on était pas seuls. Là, à la MAS c'était impossible. On avait beau avoir du matériel, on avait tout ce qu'il faut mais là j'ai déprimé. Ces trois mois ça a été horrible. J'allais voir la cadre tous les jours.*

Elle reste assez réservée sur son lien aux nouveaux collègues de l'institution. Elle ne rapporte pas de conflit mais ce sentiment de solitude, de relégation, apparaît très envahissant. Nous l'avons vu, le discours des intervenants de la maison d'accueil spécialisée est moins défendu et même très attaquant vis-à-vis des « anciennes pratiques de la psychiatrie ». Il nous semble que cette aide-soignante a dû en supporter les projections.

Pour comprendre le cheminement de l'élaboration du premier mythe fondateur, aux valeurs antiasilaires fortement attaquant, nous nous sommes appuyée sur le concept de roman mémoriel, proposé par Régine Robin (1989). Avec sa grande malléabilité, le roman mémoriel articule des éléments d'histoire, ses traces narratives et le processus imaginaire qui organise leur transformation et leur restitution. Le mythe fondateur institutionnel nous semble ainsi avoir transformé une indignation populaire et politique vis-à-vis du passé

asilaire de la psychiatrie en une pensée commune et symbolique qui, conforme à des principes dominants, tentait de se dégager des angoisses archaïques en idéalisant un « modèle exemplaire » (Fustier, 1999, p. 15).

Il n'était donc que difficilement envisageable d'intégrer le groupe des soignants de la psychiatrie dans cette dynamique qui métabolisait tant de représentations dévalorisantes de leurs pratiques et « savoir-faire ». L'aide-soignante qui rapporte son impossibilité à s'intégrer dans cette équipe était, de plus, confrontée au deuil de son ancien service qui venait de fermer tout en devant s'impliquer dans une naissance, celle de la maison d'accueil spécialisée. Son témoignage révèle qu'une telle transition s'avérait trop éprouvante psychiquement, qu'elle ne pouvait assumer un entre-deux. Nous en revenons aux propos de Jean-Marc Talpin (2017) au sujet du changement d'institution des personnes psychotiques vieillissantes qui se trouveraient en situation d'insécurité psychique lorsqu'elles sont confrontées à la transitionnalité. Il nous semble que dans le cas de ces patients devenant brutalement résidents, la transitionnalité n'a pas pu être favorisée ni élaborée par les soignants de psychiatrie :

En somme, le risque majeur est celui de la détransitionnalisation ou de la non-transitionnalisation du fait de ces mouvements, confortés par les réalités institutionnelles, de ruptures et/ou d'opposition, et ce d'autant plus que pour ces sujets, la transitionnalité est loin d'être établie. En outre, lorsque la réalité sociale, institutionnelle s'impose, elle a un effet traumatique qui écrase ce qui pouvait exister de mouvements transitionnels : on est alors dans du trouvé-imposé au sein duquel nul créé ne semble (et n'est le plus souvent) possible. (p. 265)

Il nous semble en effet que ces soignants se sont trouvés accablés par une réalité inélaborable. Face à ce premier groupe constitué par les accueillis et leurs soignants, s'est présenté celui des nouveaux professionnels, acteurs du médico-social et de « l'avenir » des accueillis. Nous avons vu combien cette transmission s'est avérée conflictuelle, au point que le mythe fondateur se soit élaboré en intégrant ce conflit. Lorsqu'il évoque « le problème du changement institutionnel », dans *La vie psychique des équipes*, Denis Mellier (2018) reprend et amende le travail de Paul Fustier (1999) à propos des organisations défensives des équipes confrontées à une défaillance identificatoire face aux « représentations du non-humain » (p. 87-100).

Denis Mellier souligne le contraste entre deux fonctionnements collectifs pour les équipes : l'activisme et le repli. Malgré les apparences, ils ne s'opposent pas puisqu'ils

sont produits en réaction d'un évènement traumatique partagé et dans un contexte d'échec de la contenance des « souffrances primitives » des accueillis, alors paroxystiques dans cette situation instable :

Ce qui est psychiquement à contenir, c'est cette expérience brute d'une différence, d'un écart incommensurable entre soi et l'autre. L'identification à l'autre, à sa propre singularité, à son propre ressenti est rendue difficile, voire impossible. Les phénomènes de groupes ou les réactions collectives des équipes accentuent ces difficultés : le temps psychique de l'autre est nié. **L'activisme** dénote une difficulté à penser le temps psychique, l'équipe tend à réagir à une sorte d'immédiateté des besoins, à une urgence peu localisable. **Le repli** au contraire s'accompagne d'une sorte d'immobilité du temps psychique. Cela se traduirait par une difficulté au niveau collectif à penser le temps singulier d'un sujet autrement que dans ses deux extrêmes, *l'immuable* ou *l'immédiat*. (p. 111)

Il nous semble que durant la période de fondation de l'institution, la rencontre entre ces deux groupes n'est justement pas parvenue à articuler ces fonctionnements, ni même à les conflictualiser. Ceux-ci sont restés bipolaires et se sont rigidifiés dans leurs polarités, leur organisateur principal devenant le clivage psychiatrie/médico-social. L'expérience des soignants de psychiatrie à la maison d'accueil spécialisée, aux prises avec le repli, s'est alors cristallisée en un sentiment de honte, encore moins élaborable, dont les accueillis se sont trouvés être les porteurs. Dans le même mouvement, alors que leur rencontre avec de nouveaux intervenants aurait pu favoriser un processus de subjectivation, leur histoire institutionnelle, via la honte qu'elle encryptait, est venue recouvrir leur histoire subjective.

Ce mécanisme peut se croiser avec leur histoire familiale, et même être envisagée dans le champ de la répétition. En nous appuyant sur notre recontextualisation historique, nous avons recherché des éléments d'explication à l'absence des familles de nombre d'accueillis. Nous avons d'abord envisagé le contexte local et institutionnel, dans lequel le recours à l'hospitalisation ne prenait pas inéluctablement valeur d'abandon. Dès les années soixante, un travail de lien semblait opérant entre l'institution qui accueillait l'enfant et sa famille, celui-ci paraissant se distendre lorsque le sujet était orienté en psychiatrie adulte. Toutefois, la situation de Monsieur C. montre combien les familles se trouvaient confrontées à la solitude et au repli, lorsque le handicap occasionnait une irruption traumatique en leur sein. Nous avons vu le parcours de cette famille où chaque membre est confronté, de sa place, à des affects de culpabilité et de honte conjoints à la

blesse narcissique provoquée par cette naissance dont la catastrophe est inélaborable. Cette famille semble avoir pu se protéger de l'impact de représentations culturelles et sociales dévalorisantes du handicap en survalorisant celui-ci, dans une dynamique de symbiose familiale. La clinique du handicap a mis à jour de multiples mécanismes préservateurs d'un déploiement fantasmatique du registre du monstrueux et de l'horreur. Dans le contexte des années soixante et de l'état lacunaire des dispositifs de soins précoces, il se trouve que les familles avaient peu d'autres recours pour se protéger de l'effondrement que celui du « placement », voire de l'abandon selon leur situation administrative. Nous avons alors envisagé les enjeux de l'expérience de séparation qu'il impliquait, notamment du point de vue de la clinique institutionnelle. Avec l'expérience de Madame C., nous avons observé les mécanismes du fantasme d'appropriation qui impliquent tant la famille, que l'enfant et les professionnels de l'institution accueillante (Fustier, 1999). Nous nous sommes également appuyée sur les travaux de Denis Mellier (2019) pour constater l'évolution des relations entre famille et institution, de la "substitution" de l'après-guerre jusqu'à la "coéducation" d'aujourd'hui.

Enfin, nous avons pris en compte les souhaits de mort inconscients qui peuvent tarauder les familles des enfants en situation de handicap, que nous lions aux influences eugénistes de nos constructions sociales vis-à-vis de l'anormalité. Nous avons alors avancé une hypothèse nous donnant une piste de compréhension clinique de l'absence des familles des accueillis de la maison d'accueil spécialisée. Croiser les observations des dossiers d'hospitalisation et les souvenirs livrés par des fratries nous a permis d'avancer que les familles étaient confrontées aux comportements inélaborables de ces enfants aux pathologies de type archaïque. Au vu de leur solitude, si le « placement » de l'enfant en institution pouvait correspondre à son effacement de la lignée familiale, ne pouvait-il pas également être compris comme un passage à l'acte abandonnique préservant de l'*acting* infanticide, devenu ainsi symbolique ?

Comme nous l'avons déjà remarqué, les dossiers d'hospitalisation, surtout pour les sujets venant des hospices, sont très imprécis : les dates se confondent parfois ou n'apparaissent pas. Il nous est donc difficile de savoir où les bébés ont grandi, qui en a pris soin et sur quel entourage les familles pouvaient s'appuyer. Nous disposons parfois d'informations au sujet des parents (leurs noms, leurs professions) grâce aux traces d'état civil qui peuvent aussi nous informer sur la composition d'une éventuelle fratrie, mais la nature du lien d'attachement n'est quasiment jamais évoquée. Les enfants ainsi « placés » ont



été amenés à investir l'institution depuis l'enfance et ont trouvé à s'engager dans des relations plus ou moins étayantes avec les soignants, jusqu'à ce que leurs origines familiales s'effacent pour laisser place à une histoire institutionnelle commune. C'est ce mouvement qui nous a amenée à l'élaboration de cette thèse, en nous interrogeant sur la façon dont l'institution a pu, et tend encore, à se poser comme objet étayant du lien d'attachement, à la condition que celui-ci soit pris en compte dans l'accompagnement du sujet au quotidien.

Nous avons beaucoup insisté sur le vécu de honte et sa contagiosité qui engluie les sujets, les familles et les professionnels dans une expérience partagée. Pour s'en dégager, nous proposons la voie d'une prise en compte de la détresse abandonnique, qui, dans un mouvement identificatoire permet de restituer son histoire subjective à l'accueilli et d'engager de nouvelles modalités relationnelles avec lui. Si celles-ci s'inscrivent dans un registre émotionnel, elles permettent aussi d'accéder à une différenciation qui sera l'appui d'un travail d'analyse et d'élaboration des pratiques pour les intervenants. C'est au moyen de ce travail que nous avons découvert de nouvelles traces du passé, en particulier l'héritage de la charité, idéologie organisatrice des pratiques assistancielles. Celui-ci implique une forte implication affective chez les intervenants et nécessite d'être repéré afin que l'intervenant puisse élaborer et soutenir la dimension étayante de sa pratique et ainsi se dégager du « Don » dans un dispositif institutionnel « marqué par le plein » (Fustier, 1993). Ce maniement nous paraît essentiel pour préserver la rencontre accueilli/intervenant d'une dévitalisation affective qui ne s'organiserait plus que sur un principe de « prise en charge » codifié par un protocole privilégiant le détachement et la technique à la créativité subjective (Karscz, 2011). Nous pourrions d'ailleurs interroger sous cet angle la grande désertion du secteur médico-social par ses professionnels depuis la pandémie de 2020.

Le concept de mésinscription, proposé par Alain-Noël Henri (2012, 2016), met en tension le mécanisme par lequel l'histoire institutionnelle est devenue celle du sujet accueilli à la maison d'accueil spécialisée. Il est intimement lié à la honte. Nous allons maintenant poursuivre notre travail d'élaboration clinique pour tenter de mettre à jour des moyens de dégagement de ce processus.

## II.2. LA DÉMARCHE D'HISTORICISATION

Un petit paquet de photographies nous est parvenu. Plusieurs sont datées de l'été 1958, la date et le lieu y sont indiqués soigneusement au dos. On y voit un petit garçon, plutôt souriant, qui parfois regarde l'objectif sur la terrasse de ce qui ressemble à une maison de vacances. Il s'agit de Monsieur E. lorsqu'il était enfant. Cette année, il a eu 70 ans. L'une d'elle montre ses parents, Madame E. porte une robe à fleurs et Monsieur E. un maillot rayé. Ils sont tous deux accroupis autour d'un oiseau limicole que Monsieur E. tient dans ses mains, ils sourient. Une autre est datée de quelques jours avant l'hospitalisation du petit E. au service des enfants inéducables, en 1959. Le garçon pose entre sa mère et son grand-père, que l'on suppose paternel, qui le regarde. La photographie doit avoir été prise dans un parc. L'enfant est souriant, il semble même rire aux éclats.

Ces photographies ont déclenché une vive émotion chez les professionnels qui les ont vues. Nous n'imaginions pas que Monsieur E. ait eu une famille, ou du moins, qu'il ait eu des parents qui apparaissent ainsi suffisamment aimants pour l'emmener en vacances, comme nous emmenons nos propres enfants. Dans sa réflexion à propos de la photographie, Roland Barthes (1980) relève que « l'aventure » d'une photographie est d'animer son *Spectator*, de l'amener à penser, ce qui ne peut être un mécanisme généralisable à n'importe quelle photo. Aussi analyse-t-il son propre rapport aux photographies en interrogeant l'émotion que lui procurent certaines, contrairement à d'autres. Il repère que la sensibilité à l'image est certes générée par l'orientation culturelle (*studium*) du *spectator*, mais qu'avec ce seul élément, la photographie serait « unaire ». C'est le *punctum*, l'infime nous « pointant » et nous saisissant, qui révélerait l'émotion provoquée par une photographie en particulier et la ferait ainsi exister en nous (p. 47). Mais au-delà, la photographie est intense parce qu'elle certifie d'une existence : les parents de Monsieur E. existent, ils ne sont pas chimériques et leurs photographies invitent à la projection. Roland Barthes pose ici le noème « *Ça-a-été* » (p. 119). Un cliché photographique imprime et fixe un instant précis qui, techniquement, est du registre du double. Pourtant, Barthes remarque que si la photographie reproduit bien une « pose » (p. 122), elle continue d'exister dans nos imaginaires. Elle témoigne de « l'écrasement du temps » (p. 148), dans un lien intime au registre mortifère : ce qui a été ainsi fixé n'est plus aujourd'hui. Certains cherchent et trouvent la ressemblance de Monsieur E. avec ses parents, les yeux du père et la bouche de la mère, parfois l'inverse, la « vérité du lignage »,

écrivait Roland Barthes (p. 160). En y regardant mieux, nous reconnaissons bien Monsieur E. Nous pouvons, ici encore, faire le lien avec la réflexion de Roland Barthes et nous référer à sa définition de la ressemblance : une « conformité » à ce que l'on se représente du sujet, lorsque l'on souhaite le voir « tel qu'en lui-même » (p. 157). Sur ces photographies, il n'a pas encore tous les stigmates de ses bizarreries, sa façon de pencher la tête inlassablement de gauche à droite, son regard qui ne regarde pas, mais nous retrouvons ses traits.

Venons-en maintenant au processus qui a fait arriver ces photographies jusqu'à nous. C'est la voisine de Monsieur et Madame E. qui les a adressées. Le couple est décédé il y a trois ans, alors qu'il vivait en bord de mer. Monsieur E. était leur enfant unique et cette voisine a fait la démarche de lui restituer les photographies qui, selon elle, lui revenaient.

Nous connaissions leur existence, mais nous ne disposions que de très peu d'éléments sur cette famille. Nous ne savions pas si Monsieur E. avait une fratrie. Nous ne connaissions pas le contexte de son hospitalisation au service des enfants en 1959, alors que Monsieur E. avait huit ans, si ce n'est un diagnostic d'« arriération mentale profonde post encéphalitique avec comitialité ». Il était alors décrit comme un enfant très agité aux nombreux mouvements stéréotypés.

En 1981, au moment de sa mise sous tutelle alors que Monsieur E. a 30 ans, un courrier du médecin mentionne « la famille étant assez éloignée, celui-ci n'a que peu de visites ». Pourtant, lorsqu'il était enfant, sa mère semblait présente et préoccupée par l'état de son fils. Une lettre de sa main, datée de 1960, mentionne qu'elle lui rendait visite tous les 15 jours :

*Docteur,*

*Je suis allée voir mon fils comme je le fais tous les 15 jours ; J'ai essayé d'avoir un entretien avec vous Docteur, mais le nombre de personnes devant passer avant moi était trop important. Je suis la mère du petit E., et si je vous écris, vous devinerez sans peine pourquoi.*

*J'ai été douloureusement peinée et surprise de voir E. dans cet état. Ses pauvres mains, qui paraissaient estropiées, maculées de ce rouge, sont d'un effet saisissant. Je ne mets naturellement personne en cause, je sais que E. est soigné comme il convient, et que cela est une maladie de peau brutale et rapide. Sa surveillante et les infirmières m'ont assurée qu'il avait été consulté par un spécialiste. Nous nous demandons néanmoins, mon mari et moi, de quoi cela peut provenir.*

*J'ignore le traitement externe qui lui est appliqué, mais il me semble que ce rouge mercure-au-chrome ne soit pas un traitement particulièrement énergique, il se peut que je sois dans l'erreur, mais je craindrais plutôt que cela ne brûle. Une pommade ne serait-elle plus douce ?*

*Peut-être est-ce une idée personnelle ?*

*Je ne vous cacherais pas Docteur, que je suis très inquiète quant à la guérison rapide de cette maladie.*

*Il ne me reste plus qu'à espérer un petit mot de Vous, je sais que votre temps est précieux et je m'excuse de vous importuner.*

*Veuillez agréer, Madame et Docteur, mes sincères salutations.*

*Madame E.*

*PS : Je vous demanderais d'avoir l'obligeance de vous servir de l'enveloppe jointe et de poster la lettre. Merci.*

Nous avons trouvé cette lettre dans son dossier, bien avant de recevoir les photographies et d'avoir les coordonnées de cette voisine. Cette lecture, qui nous semble révéler le désarroi de Madame E., fut à l'origine de nombreuses interrogations, puis d'une enquête qui s'est avérée vaine. Que s'était-il passé ? Pourquoi ces parents, en particulier cette mère, avaient-ils ainsi disparu de la vie de Monsieur E. ? Alors, après en avoir parlé en équipe, nous avons cherché à les retrouver, avec les maigres éléments dont nous disposions dans le dossier. Nous avons écrit à cette adresse, mais notre courrier nous est revenu. Nous avons détaillé les noms de l'annuaire téléphonique de la ville de naissance de Monsieur E., sans trouver trace de leur patronyme. N'étant pas notaire, nos moyens d'enquête s'avéraient restreints. Nous nous sommes finalement résignés, les imaginant décédés tous deux. L'attitude de repli de Monsieur E. ainsi que son apaisement nous ont aussi laissé penser que retrouver ses parents n'était pas si crucial, qu'il s'agissait peut-être davantage de nos projections que du désir du sujet. En effet, nous nous sommes longtemps demandés s'il réagirait à des retrouvailles, si notre ténacité à rechercher trace de sa famille ne ferait pas intrusion dans une histoire reconstruite sur l'absence. Plus tard, lorsqu'une éducatrice lui a montré ces photographies, en lui expliquant ce qu'elles révélaient et d'où elles venaient, le regard de Monsieur E. ne s'est pas posé sur les images, son visage et son attitude sont restés impassibles. Nous les avons alors accrochées sur le mur de sa chambre, disposées dans de jolis cadres.

En lisant son dossier, nous avons tenté de reconstruire sa biographie en nous tenant aux éléments dont nous disposions, bien que nous n'ayons recueilli aucune note clinique liée à son enfance et à son adolescence. Jeune adulte, l'agitation de Monsieur E. avait persisté et de nombreuses chutes étaient rapportées. On lit qu'il manifestait alors des « crises de surexcitation ». Il avait également tendance à ingérer tout ce qu'il trouvait (mégots, liquides toxiques, morceaux de vêtements, excréments...). Si nous nous représentions plutôt facilement le jeune E. en nous appuyant sur quelques notes médicales, sur les témoignages d'anciens soignants et sur la personne telle que nous la connaissons aujourd'hui, son histoire familiale demeurerait énigmatique.

En 1967, l'aumônerie de l'hôpital avait entrepris de préparer Monsieur E., alors âgé de 16 ans, à la cérémonie de la Confirmation. Comme c'était la tradition, un courrier avait été adressé à la famille afin d'obtenir leur accord, de solliciter l'envoi d'un certificat de baptême et de les inviter à la chapelle le jour dit. Nous ne savons pas si la famille est venue ce jour, nous n'en avons pas retrouvé trace, mais le certificat de baptême alors réceptionné nous indique qu'il y eut réponse.

En 1971, le père avait écrit au Directeur de l'hôpital afin d'obtenir un certificat médical pour répondre aux autorités militaires, qui appelaient Monsieur E. à se présenter pour effectuer son service militaire. Dans ce courrier, le père témoigne de sa connaissance du service dans lequel se trouvait alors son fils de vingt ans.

En 1980, une tuberculose l'avait conduit à être accueilli dans un service spécialisé d'un autre hôpital de la région, ce qui sera sa période de sortie la plus longue. Un courrier du médecin indique que sa mère en a été informée.

Nous n'en savons pas davantage. Alors, lorsque ces photographies sont arrivées, elles ont ravivé chez nous autant l'émotion ressentie anciennement à la lecture de la lettre de sa mère que l'impuissance résultant de la vanité de nos recherches. Le sentiment de culpabilité d'avoir renoncé trop vite nous a tarabotée, avec l'idée d'avoir manqué quelque chose, peut-être pas tant du côté de Monsieur E., mais au moins de ses parents que nous aurions pu, pensions-nous, rassurer en leur annonçant l'apaisement de leur garçon.

Mais étaient-ils inquiets ? Mais, aussi, pourquoi avaient-ils rompu le lien ?

Une conversation téléphonique avec la voisine va apporter des éléments de réponse à nos interrogations. Celle-ci n'a pas connu Monsieur E. lorsqu'il était enfant. Son mari a été élevé par Monsieur et Madame E., bien après l'hospitalisation de leur fils. Ils sont restés

liés jusqu'à leur disparition et la voisine nous dit qu'elle a eu, accompagnée de son mari, l'occasion de rendre visite à Monsieur E. alors adulte, lorsqu'il se trouvait encore dans un service de longue évolution à l'hôpital. Elle dit n'avoir appris que très tard l'existence de Monsieur E. qui n'était pas évoquée par le couple. C'est Madame E. qui se serait confiée un jour, dans l'intimité d'un moment à elles deux. Le couple était issu d'un milieu bourgeois, ils étaient notables d'une petite ville et cet enfant anormal n'aurait pas été toléré par la famille, en particulier par son père. Il aurait été « caché », restant en chambre, sauf à l'occasion des vacances loin de sa région de naissance. C'est un « eczéma géant » qui aurait nécessité des soins, le conduisant finalement à être accueilli à l'hôpital psychiatrique. Le médecin de famille aurait sollicité l'intervention de la Mairie pour que l'enfant ait accès à ces soins. Au début de l'hospitalisation, sa mère lui aurait rendu visite sans le soutien, ni même l'accord de son mari. Puis peu à peu, elle se serait résignée à ne plus aller le rencontrer. Ce récit s'accorde au contenu du courrier de sa mère. Nous comprenons alors que sa préoccupation pour les problèmes de peau de son fils est ancienne et sensible, puisqu'ils auraient provoqué la séparation et qu'au-delà d'envelopper son corps, ils semblaient faire écran en masquant son anormalité qui n'est aucunement évoquée dans sa lettre. Nous n'en saurons pas davantage sur le quotidien de cette famille, même si l'effacement de cet enfant au moyen de sa dissimulation jusqu'à ses huit ans met en évidence les mécanismes de la honte que nous avons déjà explicités. Les images que révèlent les photographies mettent en scène le double d'un enfant idéalisé, non celui qu'il a été mais celui qu'il aurait pu et dû être. La fonction de la maladie de peau est ici palpable lorsque l'on conçoit qu'elle soit venue attaquer le lissage de cet enfant parfait, en provoquant le craquèlement de son enveloppe pour laisser apparaître la monstruosité de sa souffrance psychique. Ici encore, l'hospitalisation semble avoir mis en acte l'effacement de l'erreur que représentait cet enfant dans sa lignée, tout en lui donnant une chance de survie.

Dans ce contexte, quelles incidences auraient eu nos retrouvailles provoquées entre cet enfant et ses parents ? Auraient-elles seulement eu lieu si nous avions retrouvé le couple ? Le vécu de honte était-il encore si massif après toutes ces années, ou bien était-il supplanté par une culpabilité inassumable ?

Le récit de la voisine décrivant Monsieur E. reclus dans sa chambre nous a rappelé l'histoire de Kaspar Hauser, qui a souvent été rapprochée de celle de Victor de l'Aveyron tout en interrogeant à une époque les origines de l'autisme. Le jeune homme a été

découvert errant et hébété en 1828 à Nuremberg, à l'issue d'un énigmatique enfermement dans un cachot, dont il livrera les détails. Françoise Dolto (1994) s'est intéressée à son histoire et la présente ainsi : « Un crime contre l'enfance. Un enfant qu'on a fait vivre et grandir sans air, sans espace, sans relation, sans communication avec les autres enfants de son âge ni avec la société. » (p. 23). Elle s'interroge et s'étonne quant aux capacités à survivre de cet enfant, tant physiquement que psychiquement, malgré des conditions d'existence aussi extrêmes. Elle avance que Kaspar a réussi à se structurer psychiquement en s'étayant sur la relation singulière à son geôlier et que ses sens se sont accrus sur un mode d'hyper-adaptation aux conditions de séquestration. Françoise Dolto insiste sur son accès singulier au symbolique et sur sa pensée animiste, qu'elle rapproche de celle du tout-petit, « cette acuité d'intérêt pour de toutes petites choses qui font trace » (Dolto, 1994, p. 31).

L'enfant a été soigné pendant sa captivité. Il était propre (donc porté, remarque Dolto), nourri et même instruit. À partir de « quelques relais humains » (p. 33), Kaspar Hauser se serait construit un objet interne suffisamment stable pour appréhender le monde à sa libération. Sa sexualité ne semblait pas génitalisée et l'abstraction du monde social ne lui était que peu accessible, comme la valeur d'échange par exemple. Ainsi, du peu d'images, de relations et de sensations, il aurait pourtant eu accès à l'identification :

Lorsqu'il est arrivé à Nuremberg, sur le papier qu'il portait, il était inscrit : « Cavalier veuf, comme père était. » Il avait donc référence à une idée de père. C'est probablement cela qui a fait que cet enfant n'était pas déséquilibré : cette référence au père et sa relation à « l'homme-qui-a-toujours-été-avec-moi » – mère toute-puissante, être humain qui n'a jamais été ni bon ni méchant. Il l'a ressenti comme celui qui l'alimentait et qui lui donnait de minimes satisfactions sensorielles. (p. 34)

L'excès de stimulations à sa libération et l'éducation à la vie sociale seront sources de souffrance psychique. Il parviendra toutefois à se préserver de l'effondrement en s'appuyant sur son lien à l'autre qui le sécurisait affectivement en l'assurant de la permanence de l'objet externe. C'est ici que nous intéresse le rapprochement entre Monsieur E. et Kaspar Hauser puisque comme Dolto le remarque, l'appétence de Kaspar à nouer du lien et à s'identifier à l'autre l'écarte radicalement de l'autisme ou de la psychose. Il en est tout autrement pour Monsieur E. qui n'a pas été caché pour dissimuler des origines princières, mais plutôt pour occulter la pathologie qui les compromettait. Si son lien social était ainsi empêché, il n'a pas pu s'appuyer sur des images parentales

identificatoires suffisamment fortes pour en faire des ressources sécurisantes lui permettant d'investir l'objet externe, bien qu'il n'ait apparemment pas manqué d'affection, en particulier maternelle. Ici encore, l'absence de dispositifs de soutien pour cette famille la contraignant à l'isolement et le manque de prise en charge précoce du handicap de Monsieur E. ont sans aucun doute compromis une évolution plus favorable.

Arrêtons-nous maintenant sur la vignette clinique de Monsieur E. Tout d'abord, le diagnostic le concernant fut longtemps celui « d'arriération mentale profonde post-encéphalitique », le même que la plupart des jeunes patients du service des enfants. En 1993, le diagnostic de « psychose infantile déficitaire » fut posé puis en 2000, c'est un diagnostic « d'autisme déficitaire assorti d'absence de langage et de mouvements stéréotypés » qui sera précisé.

La vulnérabilité de Monsieur E. est à souligner et s'avère même être une particularité tout au long de son histoire de vie. Ainsi s'est-il fréquemment trouvé victime des attaques agressives et sexuelles d'autres patients, notamment lorsqu'il était hospitalisé en psychiatrie. Sa posture, hors des périodes d'agitation, était décrite comme passive, voire prostrée. Les notes des infirmiers l'accompagnant rapportent souvent leur déception au constat de son indifférence à leurs propositions (activités, sorties, séjours...). Néanmoins, Monsieur E. pouvait se montrer vif et diligent lorsqu'il cherchait à s'emparer des mégots encore chauds jetés par les fumeurs pour les manger ou lorsqu'il dérobaient l'assiette de son voisin. À la maison d'accueil spécialisée, il a jeté son dévolu sur les produits cosmétiques, obligeant les professionnels à être très vigilants au quotidien. Ce sont des comportements que nous avons déjà observés en soulignant l'archaïsme de ces expériences orales singulières, notamment chez Monsieur I. (Chapitre I.2).

À son entrée dans l'institution en 2003, Monsieur E. se présentait comme une personne en retrait, presque catatonique et extrêmement craintive dans sa relation à l'autre. Plusieurs éléments (stéréotypies, regard fuyant, absence de communication, automutilation, avidité orale...) confirmaient le diagnostic de troubles du spectre autistique assortis d'une déficience intellectuelle profonde.

L'accompagnement de Monsieur E. s'est concentré autour de l'idée générale du *care* et de l'environnement sécurisant. D'une part, l'équipe pluridisciplinaire s'est mobilisée pour chercher à cerner le mal-être pouvant se trouver à l'origine de ses attitudes d'agitations lorsqu'il en venait à crier, à se frapper ou à arracher ses vêtements. La



possibilité d'une douleur physiologique liée à l'équilibre de son transit intestinal a d'abord été évoquée. Si des soins somatiques ont pu apaiser des tensions, l'attention qui lui a été portée lui a été tout aussi bénéfique. D'autre part, sa vulnérabilité et son exposition à l'autre ont été grandement prises en compte. Le personnel s'est montré de plus en plus vigilant quant à son attitude passive qui l'amenait – aussi à la maison d'accueil spécialisée – à subir les effets de l'hétéroagressivité de ses pairs. Il lui est également arrivé d'être l'objet des « bonnes intentions » de certains d'entre eux qui tentaient, par imitation, de s'occuper de lui sans toutefois user des précautions que le personnel pouvait prendre. Ainsi, Monsieur E. montrait une angoisse profonde à se sentir exposé, ce qui avait de nombreuses incidences sur son comportement. Il sait maintenant alerter s'il se trouve menacé et peut profiter de l'environnement sécurisant que les professionnels ont réussi à aménager pour lui. Même s'il conserve une certaine tension interne, les périodes d'agitation, fréquentes à son arrivée, se sont raréfiées.

Au fil du temps, Monsieur E. s'est montré plus ouvert et a pu solliciter l'intervenant en s'engageant même parfois dans une relation ludique à l'occasion d'un moment de vie quotidienne. Il a notamment fini par obtenir de l'équipe de nuit l'autorisation de déambuler tranquillement après l'heure du coucher, alors que l'environnement présentait l'accalmie propice au risque de s'aventurer dans une exploration.

Son rituel de déféquer dans des endroits choisis du lieu de vie a longtemps posé question. Celui-ci appelait une interprétation écartant les professionnels d'un sentiment de nuisance à leur rencontre. Il était donc nécessaire de produire du sens autour de cet acte qui, par son archaïsme, suscitait dégoût et rejet et pouvait provoquer des réponses défensives. Nous avons fait le choix de nous appuyer sur l'humour, en soutenant le caractère ludique de l'expérience primaire. En l'observant s'éclipser et ainsi échapper à la vigilance de l'intervenant afin d'aller déposer son étron dans le coin d'une pièce, nous avons conçu que nous n'étions pas étrangers à ce rituel. « Tiens ! Monsieur E. est passé par là ! » s'exclamait parfois un intervenant, en subjectivant la trace de la présence de Monsieur E., qui, au quotidien tendait pourtant à s'effacer. L'idée était alors de proposer une réponse à Monsieur E. qui soit exempte d'agressivité pour l'assurer de notre constance à contenir toutes les parties de son corps, quelles qu'elles soient et où qu'elles soient. Aussi, une fois de plus, cette réponse s'était élaborée en opposition aux conceptions disciplinaires que les intervenants de la maison d'accueil spécialisée attribuaient à leurs collègues du passé asilaire de Monsieur E.

C'est donc grâce à un long travail d'observation et d'attention que Monsieur E. semble avoir pu peu à peu s'ouvrir à l'autre, bien que son apaisement et que son engagement soient restés fragiles. Son accompagnement s'appuie sur la stimulation relationnelle, afin d'être maintenu dans un lien allant à l'encontre du retrait qui le caractérise, mais aussi sur la spécificité des pratiques éducatives prenant en compte la nécessité d'adapter une relation aux particularités d'une symbolisation fragilisée. Malgré son âge qui lui donne droit à une orientation vers un établissement accueillant des personnes âgées, Monsieur E. exprime des besoins liés à sa pathologie qu'il convient de prendre en soins dans un cadre institutionnel adapté. Alors que plusieurs accueillis de l'âge de Monsieur E. ont été orientés vers des EHPAD, un projet similaire a finalement été écarté pour lui.

Le cas de Monsieur E. est, somme toute, assez banal dans cette maison d'accueil spécialisée. Soixante ans d'institution, un diagnostic qui évolue au fil des années malgré sa pathologie massive et peu évolutive, une famille qui a fini par disparaître et que nous n'avons jamais connue. La particularité de Monsieur E. est sa grande neutralité, voire son effacement, son absence de demande. C'est un repli sans faille. Comprendre ses moments d'agitation comme l'expression d'une souffrance psychique a pu amener les intervenants à se mobiliser à son égard, l'agitation venant en quelque sorte combler le vide et l'absence qu'il tendait à renvoyer. Aussi, son moindre geste était prétexte à la relation, comme nous l'avons vu avec ses conduites excrémentielles ou ses déambulations nocturnes. Les comprendre comme l'expression d'une subjectivation a certainement écarté les professionnels de représentations mortifères de sa passivité quotidienne et de son effacement. Depuis qu'il est apaisé, il peut passer des journées entières dans un coin de la pièce, à hocher la tête doucement tout en balayant l'espace du regard sans s'y arrêter. Il n'a jamais prononcé un mot, il nous regarde à peine et ne demande rien, si ce n'est une intervention protectrice lorsqu'un autre fait intrusion. Le protéger du danger a pris le sens d'une permanence attentive qui semble investie par Monsieur E. dans une dimension intersubjective. Il n'a jamais adhéré à aucune activité à médiation, il n'a jamais « progressé » dans le champ des acquisitions instrumentales. Le travail d'accompagnement des équipes s'est construit sur l'attention à lui porter pour tenter d'engager et de maintenir le sujet dans le lien, même à distance, aussi pour ne pas l'oublier. Si l'expression d'une ancienne soignante « ils font partie des murs » peut prendre tout son sens avec Monsieur E., les intervenants les plus proches de lui semblent s'être investis pour ne pas le laisser s'y fondre.

Face à un sujet qui semblait si peu désirant, restituer son histoire subjective a certainement soutenu un processus identificatoire opérant chez les intervenants. Évoquer le courrier de sa mère, rappeler la difficulté de la séparation, alors que nous n'en saisissons pas précisément les circonstances, les a projetés vers une responsabilisation auprès de Monsieur E. Les accompagner était nécessaire pour qu'ils puissent s'engager dans un lien équilibré qui tienne compte des mécanismes contre-transférentiels induits par le risque de non-rencontre. Le même processus a été engagé lorsque nous avons retrouvé des éléments de son histoire institutionnelle, ou encore avec l'arrivée de ces photographies décrites plus haut.

Ainsi, nous situer du côté de l'historicité du sujet gravement déficitaire permet de soutenir et de compléter le processus de subjectivation pouvant être considéré comme manquant et pourtant indispensable à l'engagement des professionnels dans un lien intersubjectif. Nous avons vu que l'histoire commune des accueillis les engagent dans une indifférenciation, mécanisme renforcé par leurs déficits et leurs pathologies psychiques. S'intéresser à l'historicité subjective de chaque accueilli est donc une première démarche différenciatrice qui constitue le socle d'une démarche clinique de compréhension et de subjectivation de ses états archaïques et/ou clastiques.

## II.2.1. L'ANAMNÈSE EN TANT QU'IDENTITÉ NARRATIVE

Les hommes et les femmes qui vivent à la maison d'accueil spécialisée savent exprimer leurs émotions et être présents dans la rencontre, à condition que l'on sache leur aménager une place qui prenne en compte leur problématique singulière. Mais ils ne sont pas en mesure de se raconter, encore moins de s'expliquer au moyen de la verbalisation. Pour décrypter leurs éprouvés, les professionnels s'impliquent dans une grande proximité afin de soutenir l'accomplissement d'actes du quotidien, sur un registre souvent sensoriel. L'enjeu principal des intervenants institutionnels consisterait à rendre chaque sujet désirant pour l'aider à se dégager d'un collectif susceptible d'absorber les individualités. Ce mécanisme d'uniformisation apparaît perpétuellement à l'œuvre dans l'institution et mobilise une certaine énergie pour y évoluer à contre-courant.

La psychologie clinique soutient une parole, quel que soit son mode d'expression. Elle consiste aussi à soutenir le sujet, à lui permettre d'émerger dans toute sa complexité. Les sujets que nous rencontrons ici peuvent s'apparenter à des énigmes : ils n'utilisent pas le verbe, la transmission de leur histoire est réduite à quelques documents souvent lacunaires dans leur dossier, nous ne connaissons que rarement leurs familles. Même leurs tableaux psychopathologiques sont imprécis tant les diagnostics varient selon les époques. Et surtout, ils sont d'un abord complexe, l'étrangeté de l'archaïque étant toujours au premier plan. Ainsi faut-il produire un effort identificatoire qui ne va pas de soi pour entrer en relation, qui sera plus ou moins liminaire selon les possibilités du sujet de s'y impliquer et les modes singuliers de communication qu'il utilise.

### SIDÉRATION DE LA RENCONTRE

Quelques mois après l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée, une psychologue clinicienne a été recrutée. Elle a donc rejoint l'équipe dans l'après-coup de la période originelle de « chaos ». Elle fait ce récit :

Premier poste. Quand je suis arrivée, tu le lis dans les livres mais là... Ça fait un peu penser à la mythologie, aux enfants de Gaïa, les Titans qui sortent déformés, il y en a qui n'ont qu'un œil... ça me fait un peu penser à ça. Leurs corps qui sont déformés, tu te dis : mais qu'est-ce qui s'est passé là ? Tous ces corps...

Puis je suis allée chercher les archives dans les secrétariats de l'hôpital, pour essayer de reconstituer des bribes d'histoire parce qu'en fait ils étaient là, mais on n'avait pas beaucoup d'éléments sur eux... L'idée principale c'était de les humaniser et puis aussi, ça me donnait peut-être une fonction. J'étais peut-être dans la difficulté, à me demander ce que je faisais là... Je faisais des groupes avec la psychomotricienne, j'essayais de voir des gens en individuel mais... ça me renvoyait quand-même à beaucoup d'impuissance. Alors mettre un peu d'histoire dans tout ça... Et puis on parlait beaucoup de projets de vie. Mais pour faire un projet de vie, il faut savoir d'où on part, ce qu'il s'est passé avant. On savait des choses, il y avait eu une transmission orale au moment de l'admission. Mais on parlait surtout de l'actuel, de ce qu'ils étaient là, et de ce qu'on avait entendu dans les services. Il fallait mettre de l'histoire.

Ainsi décrit-elle ce premier temps de sidération qui saisit tout intervenant lorsqu'il passe la porte de l'institution, et le psychologue n'en est particulièrement pas indemne. Celle-ci montre bien sa réaction vis-à-vis des corps et les pensées fantasmatiques qui la traversent lors de leur découverte. Car si les intervenants du quotidien sont davantage aguerris à travailler avec le corps, tout comme le psychomotricien, l'intervention du psychologue, traditionnellement, s'appuie davantage sur la psyché que sur le soma. Aussi, nous sommes très vite confrontés à la difficulté que représente l'absence de langage élaboré du sujet déficitaire. En psychiatrie, lors de la rencontre avec le sujet délirant, nous l'écoutons et cherchons sens à son discours. Le sujet déficient intellectuel profond, du fait de son absence de parole, nous donne à voir le manque, le néant que l'on risque de lire comme une absence de subjectivation. C'est bien ce qui nous renvoie à la rupture de la pensée qui nous emmène vers l'archaïque. Il s'agit de comprendre le sujet en observant l'expression de son corps et de son activité pulsionnelle. L'interprétation est délicate et c'est davantage la compréhension d'une perception, d'une émotion ou d'un agir lié à celles-ci qui va nous éclairer. Cette difficulté d'accès peut expliquer l'important *turn-over* de psychologues, « mal outillés » pour aborder l'archaïque, durant les huit premières années de la maison d'accueil spécialisée.

Georges Gaillard (2004) qualifie cette confrontation aux « figures sidérantes » de « dérangement non consenti » :

Dans l'histoire de tout professionnel surviennent des temps et des rencontres qui s'instaurent sous le registre de « l'étrangeté », d'un *dérangement non consenti*. Ces sentiments mettent subitement le sujet en position de ne plus savoir/pouvoir faire face, de ne plus être à même d'*avoir prise* imaginativement *sur* les situations auxquelles il se trouve

confronté. Adviennent dès lors des vécus d'intrusion où la professionnalité est mise à mal. L'habituelle panoplie sociale et son assortiment de « savoir » et de « savoir-faire », le précaire équilibre relationnel entre présence, évitement et prise de recul, ne sont plus opérants. Le professionnel touché, intrusé, le sujet titube. (p. 148)

Comme le récit de notre préambule le montre, nous n'avons pas échappé à ce trouble. Georges Gaillard observe qu'il constitue souvent le déclencheur d'une mise au travail dont cette recherche est sans aucun doute le résultat, pour ce qui nous concerne. Le récit de notre collègue met en évidence la fonction de dégagement qu'a pu opérer son recours aux dossiers des accueillis. Ainsi, s'appuyer sur le texte constituait un retour au langage verbal sur lequel s'étayait sa pratique. « Faire parler les dossiers » consistait ainsi à « faire parler le sujet », à lui octroyer l'identité narrative qu'il manquait au psychologue pour s'engager dans cette clinique avant tout corporelle. C'est ici que nous semble se situer l'humanisation qu'évoquait notre collègue et qui trace la voie de l'identification. Notre cheminement s'est avéré assez identique. Le travail anamnétique nous apparaissait alors être un *medium*, dans sa fonction de triangulation entre le sujet et nous. Ainsi, sa fonction symbolisante s'est inscrite, dans un premier temps, dans une dynamique contre-transférentielle.

« Moi j'ai besoin de travailler avec la parole », nous disait une éducatrice pour expliquer son choix de quitter l'institution. Si la communication non-verbale est une composante incontournable de notre lien à ces sujets, ne nous écartons pas trop vite de la question du langage. Car en nous dégageant de l'*a priori* de l'incurabilité, de la dépendance et de leur dimension déficitaire, nous pouvons aussi nous départir de cette impression de désobjectivation qui accompagne le manque. S'il ne prononce pas de mots sur un mode instrumental, le sujet en est pourtant imprégné et ne s'avère pas « injoignable » au moyen de la parole. Comme en pays étranger, il est fréquent d'observer que l'on parle une langue en présence du sujet silencieux, avec la conviction qu'il ne la comprend pas. Pourtant, rien n'est moins sûr.

Ce lien entre l'accès au langage et la subjectivation mérite d'être interrogé. En nous appuyant sur les travaux de Piera Aulagnier (1975), nous pouvons envisager l'acte de langage comme l'accès à la mise en sens, qui fait coupure d'avec le registre pictographique. Parce qu'il est né dans un monde parlant, et qu'il a aussi été l'objet d'une « ombre parlée », le sujet qui n'a pas accès à la verbalisation reste concerné par le système

linguistique, même si la qualité de nos échanges utilisant le *medium* du langage ne nous semble pas pouvoir s'élaborer dans un registre de type secondaire.

Piera Aulagnier relie l'état d'existant à la rencontre de la psyché avec le monde, non sans violence lorsque celui-ci s'impose au sujet notamment par le biais de l'expérience sensorielle. Il nous reste difficile d'établir jusqu'où le Je du sujet si déficitaire a pu s'élaborer et dans quelle mesure son activité de penser a pu s'autonomiser. Nous avons le sentiment que bien souvent, en s'adressant à lui, l'intervenant confronte le sujet déficitaire à des productions psychiques qu'il n'est pas en mesure de s'approprier, du moins, pas autant que nous ne l'envisagerions. Cette phrase de Piera Aulagnier est fréquemment venue se heurter à notre pratique clinique :

C'est pourquoi nous dirons que dans le registre du Je existe un seuil au-dessous duquel ce dernier est dans l'impossibilité d'acquérir, dans le registre de la signification, ce degré d'autonomie indispensable à ce qu'il s'approprie une activité de penser permettant entre sujets une relation fondée sur un patrimoine linguistique et sur un savoir sur la signification sur lesquels on se reconnaît des droits égaux, faute de quoi s'imposeront toujours la volonté et la parole d'un tiers, sujet ou institution, qui deviendra seul juge des droits, des besoins, des demandes et, implicitement, du désir du sujet. (p. 39)

Certes, elle évoque ici l'*infans* et nous savons que nous ne pouvons confondre celui-ci avec un adulte ayant cinquante années d'existence et d'expérience. Pourtant, en travaillant au plus près du sujet, nous tâchons de restituer et de relier ses productions, qu'elles soient corporelles, gestuelles ou vocales, avec un énoncé. Nous référer au concept de *violence primaire* nous a alors permis d'aiguiser et de fonder notre vigilance quant au discernement des trois « registres fondamentaux », en nous assurant que puissent être désintriqués, autant que possible, le *besoin* et le *nécessaire* exprimés par le sujet face au *désir* de l'intervenant institutionnel.

C'est ici que la pensée de Piera Aulagnier – et en particulier à propos de l'originaire et du pictogramme – soutient notre réflexion clinique en nous permettant de nous éloigner d'un mode de pensée psychométrique dans un champ purement instrumental. Aussi, au-delà de la culture de la performance, notre rencontre avec le sujet déficitaire sera sous-tendue par la prise en compte de l'éprouvé et de l'affect qui s'y relie. Lorsque nous l'articulons à la pensée aulagnienne, qualifier la problématique des accueillis de « pathologie de type archaïque » ou de « pathologie archaïque », qui se réfère le plus souvent à la clinique des enfants (Delion, 2017) nous apparaît pertinent. Des désignations génériques telles que

« l'idiotie », « l'arriération mentale profonde » ou « la déficience intellectuelle profonde » proposent un tableau homogène dans une dimension cognitive, mais elles ne présentent pas pour autant le sujet. L'usage de la notion d'archaïque nous permet de souligner la sensorialité et l'expérience corporelle particulières des personnes que nous rencontrons à la maison d'accueil spécialisée. Leur excitabilité sensorielle, la faillibilité de contenance de l'enveloppe corporelle et les angoisses archaïques envahissantes sont des caractéristiques qui nous apparaissent leur être communes (Golse & Haag, 2015). En outre le manque d'organisation de la psyché pour symboliser les expériences, notamment au moyen de l'accès à la narrativité nous ramène à la dimension archaïque telle qu'elle est présentée par René Roussillon (1999, 2017), notamment lorsqu'il reprend le concept freudien de traces mnésiques perceptives.

Nous venons de le voir, ça n'est pas tant la déficience au sens d'un manquement ou d'une insuffisance qui nous tarade lorsque nous rencontrons le sujet. S'il ne s'agissait que d'une diminution à corriger, de multiples solutions seraient à disposition. Henri-Jacques Stiker (2007, 2017) nous montre les tendances actuelles qui permettent de trouver des moyens – notamment technologiques – pour compenser le handicap afin d'autoriser son inclusion dans la cité. Ce parti-pris reste au cœur des pratiques éducatives et soignantes contemporaines, nous l'avons vu, et semble rassurer un temps les intervenants lorsqu'ils découvrent les accueillis et qu'ils pointent « leurs potentialités ». L'archaïsme, lui, s'avère beaucoup plus difficile à « améliorer » d'un point de vue technique. Il implique une rencontre intersubjective qui mobilise un fort contre-transfert dans la mesure où il nous confronte à notre propre archaïsme. Les angoisses archaïques, telles qu'elles ont surtout été décrites dans la clinique de l'autisme, révèlent une souffrance psychique primitive intense et envahissante. Le sujet ne pourra les traiter qu'en annihilant cette partie douloureuse de lui-même, ce « trou noir » effroyable (Tustin, 1989). La rencontre organisée sur le mode de l'adhésivité peut nous entraîner dans une régression mortifère si celle-ci n'est pas médiatisée.

Lorsqu'elle s'intéresse aux médiations thérapeutiques qui s'appuient sur un registre créatif et sensorimoteur, Anne Brun (2015) observe des « manifestations corporelles du contre-transfert » chez les thérapeutes :

En ce qui concerne mes réactions toniques spontanées, c'est l'ensemble de mon corps, au niveau proprioceptif et postural, qui semble gagné par les vécus corporels de liquéfaction ou de raidissement, sans que ces derniers soient pensés. Cet exemple renvoie à une forme



d'identification projective spécifique, qui passe par le corps du thérapeute, en quelque sorte contraint à éprouver le même type de vécu corporel que les enfants du groupe. (p. 21-22)

Elle met ainsi à jour le partage d'un signifiant formel qui serait une possibilité de symboliser des vécus corporels archaïques porteurs de terreurs primitives et agonistiques afin d'engager le sujet vers un processus d'appropriation subjective de ses expériences traumatiques et non intégrées. Ainsi, au-delà d'une participation affective, l'intervenant est sollicité jusque dans son corps, qui devient un dépositaire de l'archaïque. Si l'expérience n'est pas reprise ou analysée, elle laisse celui-ci confronté à un vécu d'étrangeté envahissant puisque non-élaboré.

Simone Korff-Sausse (1996, 2007 *b*, 2014) utilise fréquemment « la figure terrifiante de Méduse » pour évoquer la rencontre avec le handicap, qui nous contraint « de regarder en face ce qui ne saurait se voir » (p. 34). Elle évoque ainsi notre sidération et la rupture identificatoire qu'une telle rencontre suscite : nous sommes pétrifiés, comme tous ceux qui doivent croiser le regard de la Gorgone. Elle étend ensuite le mythe à une rencontre terrifiante, mais aussi fascinante, Méduse conjuguant laideur et beauté (2014). Simone Korff-Sausse donne une fonction au bouclier de Persée, avec lequel il a vaincu Méduse, qui nous intéresse ici. Lorsqu'elle évoque les familles confrontées à un premier sentiment d'horreur, le regard rassurant des autres va faire fonction de tiers et permettre aux parents d'élaborer et d'apaiser leur ressenti catastrophique pour aménager différemment leur regard porté sur l'enfant. Mais aussi, le bouclier-miroir nous écarterait de l'archaïque pour amorcer l'accès à une réflexivité distanciatrice :

Pour accepter l'enfant atteint d'une anomalie, accepter de le voir tel qu'il est et l'accueillir dans son altérité, n'avons-nous pas besoin, tel Persée, d'un miroir qui fait fonction de tiers ? La médiation que je propose – le miroir qui nous permettra de nous approcher du handicap pour y voir plus clair, plutôt que d'être aveuglés par son impact émotionnel considérable – consiste à explorer les représentations qui sont à l'origine de ces peurs, d'en dévoiler les ressorts et d'en élucider les mécanismes psychiques. (2007 *b*, p. 11)

Georges Gaillard (2004) utilise également le mythe du combat de Persée avec Méduse pour proposer l'analogie de notre épreuve face à l'archaïque. « L'épreuve que Persée se doit de traverser, consiste en effet à vaincre en combat singulier le monstre fascinant, sans être sidéré par le regard de la Gorgone. » (p. 157). Il complète le récit mythique en rappelant que Persée va combattre Méduse avec l'aide d'Athéna et d'Hermès, qui ne le laissent pas seul dans son combat héroïque :

La dynamique essentielle réside donc dans la capacité du bouclier à *réfléchir* (dans la polysémie), et à dévier en sa surface polie le regard sidérant au cours de la rencontre. La traversée de l'épreuve, la confrontation avec l'énigmatique, suppose *un autre* capable de faire don d'un miroir, d'une épée, et de diriger le bras, permettant ainsi une sortie de la position sidérante. (*ibid.*, p. 157)

Un autre social pour Simone Korff-Sausse, un autre permettant de mobiliser un « savoir psychologique *supposé* » pour Georges Gaillard. Les deux auteurs font appel à une extériorité qui permet la mise au travail des modalités défensives mobilisées par l'expérience pour s'engager vers une position identificatoire mieux étayée. Georges Gaillard envisage ce déplacement comme un travail de perlaboration s'appuyant sur l'appropriation de concepts théoriques (*ibid.*, p. 158) pour les articuler à la clinique.

À la maison d'accueil spécialisée, notre bouclier de Persée serait-il l'anamnèse ?

Lorsque nous ouvrons le dossier d'un accueilli, nous découvrons son histoire d'enfance. Alors qu'elle étudie le cas d'Antoine A., Isabelle von Buelzingsloewen (2020 *a*) nomme ce matériel « les archives de la pratique quotidienne » (p. 125) et nous réalisons un inventaire quasi similaire au sien. S'y trouvent des certificats administratifs de situation, des électrocardiogrammes très anciens, mais il y a d'autres pièces plus personnelles. Nous y trouvons les notes des médecins l'ayant ausculté et qui nous livrent une description clinique où l'on reconnaît plus ou moins le sujet d'aujourd'hui, celles des soignants qui retranscrivent des événements quotidiens, des courriers de la famille, parfois il y a des photographies, des papiers d'identité... C'est aussi une expérience sensorielle suscitée par la qualité du papier qui varie selon les époques, par la graphie plus ou moins soignée qui diffère également au fil du temps, aussi parfois par la qualité des textes que nous découvrons. Concernant les photographies, nous avons déjà évoqué l'émotion qu'elles pouvaient nous procurer avec l'histoire de Monsieur E. (II.2). Consulter un dossier aurait cet effet de bouclier-miroir à tendre vers celui qu'il raconte. Il fait fonction de tiers dans la mesure où il nous permet de nous écarter de l'archaïque de la rencontre avec le sujet déficitaire pour soutenir une élaboration clinique, souvent entravée par des comportements répétitifs et peu accessibles lors de nos premiers échanges. Il est un support identificatoire sur lequel s'appuyer pour aménager avec créativité notre lien au sujet, dont l'atypisme de la rencontre s'étend à notre pratique de psychologue. Enfin, il ajoute du langage au corps et permet ainsi d'activer la pensée lorsqu'il s'agit de reprendre

l'expérience corporelle de cette rencontre, qui mobilise notre propre archaïsme dans le contre-transfert.

## ANAMNÈSE, BIOGRAPHIE OU RÉCIT DE VIE : MISE EN RÉCIT DE L'HISTOIRE SUBJECTIVE

Intéressons-nous maintenant à la démarche anamnétique en elle-même. Pouvons-nous vraiment donner ce nom à une pratique « hors-rencontre » qui consiste à organiser des éléments issus d'un dossier, sans jamais nous appuyer sur l'activité de remémoration du sujet dont l'existence est questionnée ?

Bernard Brusset (1995) rappelle le sens étymologique du mot anamnèse qui signifie un « retour sur le passé ». Sa réflexion donne pour point de départ le principe de la démarche médicale qui s'intéresse à l'étiologie de la maladie du patient en vue d'établir un diagnostic et se penche sur son histoire pour recueillir « l'ensemble des éléments permettant d'apprécier la santé et la maladie chez un sujet donné » (p. 509) :

À la limite, il s'agit de traquer les souvenirs comme on peut traquer les symptômes, en incitant le sujet à préciser toujours· davantage, en soutenant sa remémoration par des incitations, par des questions, ou encore en allant au-devant de ses souvenirs en lui suggérant de prendre des repères temporels ou spatiaux, en lui proposant des hypothèses qu'il devra confirmer ou infirmer, etc. La visée de cet interrogatoire amène à considérer comme parasites les éléments subjectifs ainsi que les digressions. (*ibid.*, p. 509)

Sur ces principes, la démarche anamnétique est un travail de précision qui laisse finalement peu de place à la narrativité. Il remarque que dans le champ psychopathologique, la psychanalyse a proposé une conception plus subjective de l'anamnèse en admettant le fait qu'elle ne soit qu'une « reconstitution » qui repose sur l'élaboration de celui qui fait le récit, en l'occurrence les parents – dans le contexte de la pédopsychiatrie. Ainsi s'agit-il de prendre en compte le lien parents-enfant dans sa dynamique conflictuelle et fantasmatique. De ce fait, « l'évocation du passé n'est plus qu'un moyen de comprendre le présent » (p. 512). Ainsi, l'anamnèse selon Bernard Brusset s'intéresse à des éléments factuels des conditions de vie de l'enfant, à l'observation de la dynamique familiale qui mettent en évidence des conflits inter et intrapsychiques d'un point de vue dynamique, afin de construire des hypothèses diagnostiques et des orientations thérapeutiques. Pour définir le « profil

métapsychologique global de l'enfant » (p. 514), il propose une grille d'entretien qui tente de cerner de façon exhaustive tous les éléments utiles à ce dessein. La physiologie y tient une place importante, mais il propose également d'établir un génogramme, d'obtenir des renseignements sur les conditions de vie de l'enfant ainsi que sur sa scolarité. Il conclut en proposant que cette anamnèse ne soit qu'un outil, ses nombreux items devant permettre de s'engager dans une relation propice à instaurer « un processus mobilisateur et inducteur de mouvements transférentiels » (p. 515).

Didier Anzieu (1989) examine la construction psychique de l'anamnèse en reprenant les travaux de Freud. Il montre l'organisation complexe du travail anamnétique lorsque l'on tient compte des réorganisations inconscientes de la psyché lors des mouvements de réminiscence. La démarche analytique freudienne compose avec une évolution au long cours qui s'appuie sur les émotions et les fantasmes, souvent d'ordre sexuel, notamment lorsqu'ils sont provoqués par des réminiscences de souvenirs traumatiques. C'est leur traitement dans l'après-coup qui constitue l'analyse. Didier Anzieu s'intéresse à la longue hésitation de Freud au sujet des scènes de séduction sexuelle rapportées par ses patientes se remémorant leur enfance, dont il finit par envisager leurs aménagements symptomatiques comme des « compromis ». La question de l'affabulation est aussi posée et celle-ci nous semble avoir joué un rôle important dans la compréhension des aménagements défensifs du sujet analysant. Il rapporte que Freud recommandait à ses patients de s'enquérir de la vraisemblance de leurs souvenirs auprès de leur famille, les engageant dans un travail d'enquête, tant auprès de leurs proches que dans une introspection subjective qui renforçait l'investissement psychique dans la cure. Ainsi, le travail anamnétique tel qu'il est élaboré par la psychanalyse complexifie l'anamnèse traditionnelle. Au début de son article, Anzieu observe que celle-ci s'articule d'abord autour de trois théories fondatrices : la réminiscence, l'étiologie psychopathologique et la technique de l'entretien clinique. Cette composition rejoint la pensée de Brusset et nous montre aussi qu'elle est une assise importante des pratiques soignantes. En prenant en compte les frasques de l'inconscient et son activité fantasmatique, l'activité d'anamnèse prend une dimension beaucoup moins factuelle :

Le travail psychique d'anamnèse débouche ainsi sur une découverte. Les souvenirs s'organisent autour de fantasmes, voire même sont créés de toutes pièces par ceux-ci. Ces fantasmes sont eux-mêmes organisés en ce qu'on appellera un peu plus tard des complexes. (Anzieu, 1989, p. 580)

Auprès de personnes déficitaires, l'angoisse archaïque qui apparaît au premier plan tend à nous écarter de la complexité de l'inconscient et de son organisation fantasmatique. Comme le disait notre collègue psychologue, le déficit nous attache à l'actuel.

Nous appuyer sur les dossiers est donc une démarche qui diffère totalement de l'écoute du sujet à l'occasion d'un entretien clinique traditionnel. Aussi, quand les dossiers n'ont pas de fantasmes, nous-même, lectrice, nous en avons forcément. Nous avons vu, par exemple avec l'histoire de Monsieur E., comme il nous arrive de nous trouver aux prises avec des interprétations qui alimentent notre capacité de rêverie. Si l'on s'appuie sur la théorie de l'activité de pensée de Wilfred R. Bion (1967), nous pouvons adopter cette position qui consiste à recueillir les éléments non élaborés (bêta) des projections archaïques du sujet pour tenter de les métaboliser. Que notre pensée ne soit pas arrêtée nécessite qu'elle soit animée par notre propre activité psychique. C'est en ce sens que des éléments anamnestiques du sujet nous apportent un matériel propice à l'élaboration.

Pourtant, nous constatons que notre pratique diffère d'une démarche anamnestique telle qu'elle vient d'être évoquée ici. Notre travail ne peut être aussi exhaustif que le propose Bernard Brusset. Nous ne pouvons nous appuyer que sur les éléments dont nous disposons à travers des documents souvent très datés. Il consiste bien à *nous appuyer sur le passé pour tenter de comprendre le présent* et il s'agit aussi d'une *reconstitution*, mais il s'opère à distance du sujet et la plupart du temps de sa famille. Les seuls mécanismes inconscients qui peuvent être mis au travail sont les nôtres, lectrice et rédactrice. Pour reprendre le raisonnement de Dider Anzieu, nous organisons donc notre récit à partir d'archives métabolisées par nos propres fantasmes.

Alors, ne s'agirait-il pas davantage d'une biographie, au sens d'une pratique littéraire ?

Pour Daniel Madelénat (1984), psychologie et biographie se croisent mais ne se confondent pas, dans la mesure où elles n'ont pas le même dessein, même si l'une est utile à l'autre. « Ni l'intuition, ni les théories psychologiques n'ouvrent à la biographie une connaissance certaine de l'autre. » (p. 105). L'écriture biographique a sa spécificité, qui s'adresse au lecteur « tout-venant » :

L'écriture biographique s'apparente étroitement à celle du roman moderne, avec ses jeux sur les points de vue et les temps, ses plongées dans l'intériorité, sa disposition convergente des intrigues secondaires, ses leitmotifs ; elle s'inspire aussi de la poésie, du journalisme et du cinéma (avec leur prédilection pour le spectaculaire et le sensationnel). Le biographe,

moins soumis aux bienséances et à la lettre des documents, se donne des libertés : artiste à part entière, metteur en scène d'une existence, il raccourcit, s'attarde, manipule le « tempo ». (p. 65)

C'est donc un travail littéraire dont l'objectif est mémoriel, l'auteur s'attachant à produire « la transmission efficace des événements vrais d'une vie » (p. 183). Le biographe a une « interprétation intuitive » qui nécessite une relation particulière à son sujet, emprunte d'affects ambivalents qui constitueront la trame de son œuvre. Sa particularité serait donc de rapporter et d'organiser un enchaînement de faits avec partialité :

La connaissance biographique s'enracine dans un tuf complexe et trouble ; elle réclame du biographe la richesse humaine d'un vibrant résonateur, et l'effacement d'une chambre d'échos ; une objectivité conquise sur les ambiguïtés d'un compagnonnage passionnel, sur une douloureuse et amoureuse tension, et non un froid détachement. (p. 94)

C'est avec cette posture sensible que le biographe ouvre un champ identificatoire pour le lecteur. Le personnage est réel, souvent célèbre, ce qui provoque un mouvement d'empathie qui différencie la biographie du processus romanesque. En outre, le récit biographique a cette particularité de fixer l'histoire d'une existence individuelle dans le temps, dans une dimension posthume. C'est ce qui le rapproche du mythe, puisque cette histoire devenue exemplaire engage l'adhésion de son lectorat jusqu'à être idéalisée et ainsi s'inscrire dans une pensée collective :

Tout homme qui laisse un sillage dans la conscience collective semble renvoyer à un principe qui dépasse l'existence individuelle : il le signifie, tout en gardant sa réalité historique, par les mécanismes de l'allégorie ou du symbole ; il représente quelque force naturelle ou psychologique, ou rejoue quelque épisode d'une geste divine. (p. 193)

Notre travail emprunte à la biographie, puisqu'il organise les événements d'une vie au moyen d'un récit. Mais son processus en est différent dans la mesure où nous n'envisageons pas d'engager le lecteur dans une appréciation affective mais dans une lecture clinique, qui, comme pour l'anamnèse, pourra nous permettre d'articuler les conditions de vie du sujet et la qualité de ses relations objectales à son profil psychopathologique. Lors de sa rédaction, nous exposons donc les événements en nous appuyant non pas sur nos émotions mais sur une interprétation clinique des faits. Enfin, la finalité est très différente puisqu'il ne s'agit pas de mythifier ces accueillis, ni même de leur donner postérité via cet écrit qui vise uniquement à mettre au travail notre pratique quotidienne auprès du sujet.

Lorsque Didier Anzieu (1990) confronte histoire et récit, il remarque que ce dernier est organisé par la recherche de sens, que nos fantasmes l'animent. Le récit s'adresse au narrataire, contrairement à l'histoire qui n'est pas adressée. L'histoire sous-tend le récit, puisqu'elle définit le cadre dans lequel il s'inscrit. Le récit rapporte et organise des faits qui, finalement, n'intéressent pas l'histoire qui n'est marquée que par des événements ; lorsque des faits changent le cours de l'histoire, c'est bien parce qu'ils font événement. « Un cas particulier est celui des séances de psychanalyse : l'événement (la séance) est pour l'essentiel un récit. Rapporter une séance, c'est faire le récit d'un récit. Rapporter une cure, c'est faire le récit de son histoire. » (p. 585). Ainsi, notre travail consisterait à nous appuyer sur une histoire subjective pour faire le récit d'une histoire institutionnelle, qui s'inscrirait elle-même dans l'histoire collective. Le récit organise les faits d'une histoire afin de la structurer pour tenter de proposer un axe de compréhension clinique, mais sa chronologie est une reconstitution n'étant qu'empruntée. Le récit se fonde sur le style du récitant qui impose ou prête son Moi singulier pour arrimer celui du sujet raconté. Il ne s'agirait pas que de figures de style empruntées à la littérature, mais bien de l'articulation subtile d'un jeu d'associations, qui entremêlerait « des niveaux et des formes de symbolisation variées » (p. 591). Lorsque Didier Anzieu fait le récit d'une cure, il en propose plusieurs commencements, comme autant d'angles de vue s'attachant à des contextes narratifs diffractés :

Dois-je commencer mon récit par l'histoire de la première séance de son traitement ? ou par l'histoire de notre première rencontre, antérieure à la décision d'engager ce traitement ? ou par l'histoire de la correspondance qui avait précédé et préparé cette première rencontre ? ou, plus en arrière encore dans le passé, par la chronologie de sa vie que la première rencontre et la première séance m'ont permis de reconstituer, chronologie qui ne saurait en aucune façon se substituer à son histoire ? ou, plus en avant cette fois-ci, devrais-je commencer quand un processus psychanalytique s'est vraiment installé ? (p. 592)

Il nous montre bien ici comme cette multitude d'entrées discursives ouvre tout un champ de possibles et de singularité. Autant d'occasions sont alors saisies par l'auteur pour dérouler le récit d'une cure dans toute son amplitude, qui n'est plus seulement factuelle mais riche d'interprétations et donc de sens. À la maison d'accueil spécialisée, toutes les histoires des accueillis se ressemblent puisqu'elles ont la même chronologie : une naissance, une séparation qui correspond à l'entrée en institution, l'hospitalisation puis une histoire institutionnelle dans des services qui ne sont pas toujours différenciés. Mais

comme le remarque Didier Anzieu, la chronologie ne peut pas se substituer à l'histoire. Nous allons donc devoir chercher ce qui fait événement dans l'histoire du sujet, trouver l'angle qui orientera notre récit pour représenter au mieux sa position subjective. Le sens que nous donnerons au récit, son organisation fantasmatique, soutiendront notre élaboration puis l'orientation des intervenants auprès de lui, et souvent même son « projet personnalisé ».

Didier Anzieu remarque que chaque cure psychanalytique « tend à s'organiser autour d'un mythe » :

Ce fut longtemps Œdipe ou Narcisse, c'est-à-dire des mythes de la royauté, de la filiation, de l'amour, des conflits entre les sexes et les générations. La science peut nous fournir, à titre métaphorique, les équivalents mythiques dont nous pouvons avoir besoin quand il s'agit de travailler sur les failles précoces et les flottements du Soi et du Moi. Là où le patient en est dépourvu, la cure progresse si l'analyste non pas lui fournit un tel équivalent (suggestion) mais en trouve un pour trame de sa double construction du Moi du patient et de la pathologie de ce dernier (élaboration). (p. 597)

Didier Anzieu rapporte une situation clinique où il s'appuie sur un récit cosmogonique pour élaborer sa compréhension d'une patiente dont la problématique limite révèle la faillibilité de son enveloppe psychique précocement attaquée. Il montre ainsi son inventivité en recourant au thème qui va soutenir non seulement le lien transférentiel et contre-transférentiel entre l'analysante et l'analyste, mais aussi tout le processus élaboratif qui lui permet de déployer son traitement. Il démontre la nécessité de développer une « capacité d'invention métaphorique » (p. 598) qui puisse faire tiers afin que l'irreprésentable soit représenté, donc que les éléments bêta soient élaborés.

Dans les institutions qui se font le réceptacle d'angoisses archaïques, le processus métaphorique est un recours protecteur vis-à-vis des mécanismes d'engrènement. Celui-ci permet de soutenir la symbolisation souvent entravée au quotidien, mais aussi de permettre des dégagements face aux effets massifs de la mésinscription. Le psychologue clinicien joue un rôle essentiel dans cette dynamique lorsqu'il soutient des propositions métaphoriques afin de contrer les enjeux de l'indifférenciation, de la ritualisation du quotidien et de la perte de sens qu'elles génèrent. Les métaphores permettent d'interroger l'étrangeté plutôt que de la banaliser ou de s'en défendre. Les travaux de Charles Gardou (2015, 2016) montrent l'empreinte de nos productions culturelles et de notre patrimoine imaginaire sur nos représentations sociales et projections fantasmatiques du handicap.



L'univers métaphorique que nous rencontrons le plus souvent à la maison d'accueil spécialisée est celui du conte et du merveilleux. Il vient transformer les représentations monstrueuses de l'anormalité mais aussi il transcende la grande déficience en prêtant des attitudes héroïques aux sujets les plus archaïques. Ainsi, des personnages imaginaires font parfois incursion lors d'échanges cliniques évoquant un accueilli. Il s'agit la plupart du temps de créatures hybrides, tel Jean de l'Ours, fils d'une femme raptée par un ours, qui un jour s'enfuit de la caverne où il vivait reclus pour triompher de toutes sortes d'écueils. L'histoire avait été contée lors d'une fête de Noël, écoutée avec attention tant par les accueillis que par leurs familles. Des liens métaphoriques avaient été proposés par des professionnels, dans l'après-coup. « On en a beaucoup des enfants d'ours qui sont cachés ici ! » s'était écriée une AMP. Plus récemment, Dobby, l'elfe de maison de la saga Harry Potter – créature également anthropomorphe – a été évoqué au sujet d'une accueillie qui accumulait les vêtements tout en montrant une grande indifférence vis-à-vis des règles de vie et de l'autorité des éducateurs. À propos des contes, mythes et légendes, Colette Assouly-Piquet (1994) s'intéresse à la confusion entre l'homme, l'animal ou des figures surnaturelles. Régie par des processus de condensation ou de déplacement, elle met en exergue une problématique liminaire dont la ligne de partage ferait référence à une sexualité monstrueuse et archaïque. L'auteure fait le lien entre fantasme et fantastique, le merveilleux mobilisant nos peurs en s'ingéniant à les contredire (p. 94-95). Dobby est un personnage remarquable du fait de l'attachement que le héros, Harry Potter, lui porte. Ses mouvements affectifs s'apparentent à des sentiments humains qui supplantent ainsi sa monstruosité. Jean de l'Ours, mésinscrit et relégué dans sa caverne, montre une grande ténacité pour s'en échapper et se découvre des avantages physiques hors-normes au fil de ses rencontres. Sa capacité à se défendre vis-à-vis des attaques haineuses provoquées par sa différence en font un héros profondément touchant... et humain.

Pour Paul Ricœur (1975), l'activité métaphorisante implique bien plus qu'un procédé rhétorique ou qu'une figure de style. Au-delà de l'analogie, elle offre un moyen distancié de redécrire l'existant en l'enrichissant avec de nouvelles significations qui n'apparaissent pas d'ordinaire. La « métaphore vive » aurait donc le pouvoir de produire du sens (p. 370) et ici encore, de recouvrir la *mêmeté* par de l'*ipséité*.

Serge Lebovici (2002) associe métaphore et empathie en proposant que cette dernière soit une « actante métaphorisante » (p. 62). Il attribue une fonction spécifique à l'empathie dans la relation intersubjective :

L'empathie est donc nécessaire pour une bonne compréhension de l'autre, même si nous ne devons pas la rechercher dans un souci de thérapeutique.

On l'a compris, il s'agit d'une notion qui implique la possibilité, pour le thérapeute en particulier, d'une identification qui dépasse nettement la notion du contre-transfert. Dans ce dernier cas, le thérapeute réagit au transfert par des contre-attitudes. L'attitude empathique constitue un mouvement par lequel on s'identifie à l'autre en se négligeant soi-même. (p. 151)

La référence à l'identification est importante, en ce qu'elle mobilise les affects de l'analyste dans un « processus métaphorisant », par exemple de la relation entre la mère et son bébé (*ibid.*, p. 154). « L'énaction empathique » correspond à un passage à l'acte de la part de l'analyste, qui dans un mouvement spontané, engage son propre narcissisme en proposant une interprétation métaphorisante, l'énaction étant « à la base de la réaction empathique du psychanalyste » et son « pouvoir métaphorisant qui définit ses interprétations » va alors organiser le travail psychique de la cure (p. 165) :

Pour mon compte, j'ai voulu décrire le moment décisif où, dans le silence de la relation, s'impose à l'analyste la co-construction empathique métaphorisante, déterminée chez lui par l'énaction. Dans ce silence, cette intervention peut avoir une valeur décisive car elle s'oppose au bruit ambiant destructeur. Telle est la valeur de l'interprétation métaphorisante qui donne un sens au vacarme ambiant établissant et maintenant la confusion. (p. 175)

Serge Lebovici insiste beaucoup sur la spontanéité de l'interprétation métaphorisante, qui mobilise l'empathie. L'énaction provoquerait un mouvement différent de la protection que nous avons décrit plus haut, puisqu'ici il s'agit d'un moment partagé avec l'analysant. Pour revenir à notre travail de mise en récit, celui-ci n'est ni spontané, ni métaphorique. Toutefois, c'est sa lecture qui invite à la réaction métaphorisante de celui qui le découvre.

Régine Scelles (2015) évoque « le pouvoir de la narration sur le malheur » en tant que possibilité de contrer le tragique incarné par le handicap. Elle propose que le récit tragique puisse devenir « alors une épopée qui ne fait pas oublier, ni n'efface les épreuves, mais conduit à ce qu'elles aient des conséquences moins funestes » (p. 46). Elle s'appuie notamment sur les interprétations du handicap par les frères et sœurs des sujets qui en sont touchés, l'humour constituant un levier important. L'axe qui nous paraît le plus important dans notre travail anamnétique est celui de la narration. Il s'agit de traiter un parcours propice à l'indifférenciation comme une épopée. Si l'histoire du sujet n'est pas un mythe, elle peut être traitée comme une légende, dans la mesure où nous reconstruisons

l'histoire avec des éléments de réalité dont nous ne faisons que supposer l'articulation subjective. L'objectif principal est bien de réussir à proposer une histoire suffisamment élaborée pour distancer le handicap massif et envahissant qui, jusqu'alors, alimente le regard que nous portons sur le sujet. C'est en nous écartant de l'actualité du sujet que nous pouvons inviter le lecteur, ici les membres de l'équipe de la maison d'accueil spécialisée, à associer au sujet des éléments métaphoriques qui n'aient pas qu'une fonction protectrice.

Revenons maintenant au travail de Paul Ricœur qui peut nous aider à appréhender notre opération d'écriture. Il a beaucoup insisté dans son œuvre sur le lien entre la narrativité, l'histoire et l'historicité. Si nous nous appuyons sur ses apports, nous pouvons définir qu'élaborer une anamnèse consiste à constituer une synthèse heuristique à partir d'éléments hétérogènes : les faits d'histoire trouvés dans chaque dossier, les notes cliniques des soignants concernant le sujet au fil de son histoire institutionnelle mais aussi ce que nous observons du sujet dans l'ici et maintenant. L'histoire du sujet, qui n'est pas inventée mais refigurée et ainsi réécrite nous engage, en quelque sorte, dans une lecture herméneutique nous permettant d'élaborer des propositions d'accompagnement au quotidien à partir de ce que nous savons du sujet, donc à partir d'une construction s'appuyant sur la synthèse des éléments anamnestiques incomplets et sur ce qu'il nous dit de lui malgré son impossibilité à se raconter. Nous l'avons vu en confrontant la notion d'identité narrative à l'approche delignienne (I.2.2.), la question de l'identité se pose chez un sujet qui n'est ni en mesure de se raconter, ni en mesure d'accomplir un acte dans une dimension réflexive, au vu de sa déficience intellectuelle profonde mais aussi des troubles psychotiques ou autistiques qui parfois s'y surajoutent. Ainsi, les résidents de la maison d'accueil spécialisée ont traversé des décennies d'existence, majoritairement institutionnelle, sans ascription : à aucun moment ils n'apparaissent avoir fait le choix des différentes étapes de leur parcours. Si, pour Ricœur (1990), la subjectivité implique l'articulation du récit, de l'agir et de la volonté, il nous semble que dans ce contexte, élaborer un récit de vie consisterait à faire émerger l'identité narrative de la personne dans une démarche qui soutiendrait sa subjectivation. Les éléments vécus ainsi réorganisés de manière concordante et chronologique rassembleraient son monde interne, aussi fragmenté qu'il soit. Deux courts textes du philosophe nous éclairent vivement. Il s'agit

de « La vie, un récit en quête de narrateur »<sup>57</sup> et de « Le récit : sa place en psychanalyse ».<sup>58</sup> Pour traiter du « rapport entre récit et vie », Paul Ricœur rapporte « la maxime de Socrate selon laquelle une vie non *examinée* n'est pas digne d'être vécue (1986 a, p. 257). Nous pouvons déjà transposer ici la première initiative de notre collègue psychologue qui a ressenti le besoin d'aller chercher les dossiers des accueillis afin « d'*examiner* » leur histoire et donc, d'apporter une certaine dignité à leur existence. Il reprend également le concept aristotélicien de mise en intrigue, processus structurant qui organise en une histoire des événements hétérogènes pour que puissent concorder des éléments discordants. C'est aussi une activité synthétique que nous avons déjà évoquée à plusieurs reprises, puisqu'elle constitue le cœur de notre travail anamnétique. C'est le jeu entre discordance et concordance qui caractérise la vie racontée :

Mais l'intrigue est encore une synthèse à un second point de vue : elle organise ensemble des composantes aussi hétérogènes que des circonstances trouvées et non voulues, des agents et des patients, des rencontres de hasard ou recherchées, des interactions qui mettent les acteurs dans des relations allant du conflit à la collaboration, des moyens plus ou moins bien accordés aux fins, enfin des résultats non voulus ; le rassemblement de tous ces facteurs dans une unique histoire fait de l'intrigue une totalité qu'on peut dire à la fois concordante et discordante (c'est pourquoi je parlerai très volontiers de concordance discordante ou de discordance concordante). (*ibid.*, p. 259)

Dans l'anamnèse, le « primat de la concordance sur la discordance » (*ibid.*, p. 260) s'avère essentiel pour pouvoir trouver le sens clinique d'une accumulation d'évènements qui paraissent forcément discordants puisqu'ils ne sont pas racontés, et n'ont pas toujours de logique subjective lorsqu'ils sont le fait d'une institution. C'est donc la mise en intrigue qui va nous permettre de les organiser ensemble et de tâcher d'obtenir une concordance qui s'appuiera sur une logique clinique. Pour nous distancier de l'histoire institutionnelle, il nous faudra envisager la capacité de l'individu à évoluer dans une temporalité et une spatialité qu'il ne maîtrise pas, parfois dans une dimension projective. Paul Ricœur formule bien le paradoxe : « les histoires se racontent, la vie est vécue. Un abîme semble ainsi se creuser entre la fiction et la vie. » (p. 265). C'est sur ce point que le lecteur

---

<sup>57</sup> Daté de 1986, « Life : A Story in Search of a Narrator » a été publié dans *Facts and Values : Philosophical Reflections from Western and non-Western Perspectives*, puis publié en français en 2008, grâce au Fonds Ricœur.

<sup>58</sup> Datée de 1988, « La componente narrativa della psicoanalisi », publiée dans la revue romaine *Metaxu*, est une « causerie » retranscrite, puis retravaillée en français.

intervient, en tant que tiers entre le texte et son auteur. La vie pourra ainsi être reconfigurée par le récit, à condition que le lecteur se l'approprie :

Un texte n'est pas une entité fermée sur elle-même, c'est la projection d'un nouvel univers distinct de celui dans lequel nous vivons. S'approprier par la lecture une œuvre, c'est déployer l'horizon implicite d'un monde qui enveloppe les actions, les personnages, les événements de l'histoire racontée. (p. 265-266)

Si nous poursuivons notre transposition à notre travail d'écriture anamnétique, nous comprenons ici que celui-ci n'a d'utilité que s'il est partagé avec les intervenants et qu'ensemble, nous pouvons imaginer, métaphoriser et interpréter la vie du sujet, telle qu'il l'a vécue et telle qu'il la vit aujourd'hui, dans ce groupe institutionnel. C'est ce travail collectif qui va soutenir l'identité narrative du sujet et sa subjectivation et faire du produit de l'anamnèse autre chose qu'un texte littéraire. Nous retrouvons ici le principe de transformation de la trace, mais aussi la mise en tension de l'innovation et de la sédimentation, de l'*ipse* et de l'*idem*, du dehors et du dedans.

Une autre acception est proposée par Paul Ricœur :

*Une vie n'est qu'un phénomène biologique tant qu'elle n'est pas interprétée.* Et dans l'interprétation, la fiction joue un rôle médiateur considérable. Pour frayer la voie à cette nouvelle phase de l'analyse, il nous faut insister sur le mélange d'agir et de pâtir, d'action et de souffrance, qui constitue la trame même d'une vie. (*ibid.*, p. 268)

Ainsi, la compréhension de l'action s'appuie sur celle du récit et *vice versa*. Il nous semble que c'est ici que le processus de symbolisation entre en jeu en attribuant une dimension historicisante aux événements organisés dans l'expérience temporelle. Nous revenons alors à la notion d'identité narrative, que Ricœur différencie de la subjectivité :

Mais, au terme de mon travail, je suis arrivé à la notion d'identité narrative que voici : carrefour, point de croisement entre deux manières de raconter. L'une est la manière historique, qui tient compte des documents ; l'autre est la manière fictionnelle, qui est une exploration de l'imaginaire. La notion d'identité narrative que je propose est une sorte de « mixte » entre le mode historique et le mode fictionnel du récit. À la fin de ce travail, je propose l'hypothèse suivante : la compréhension que nous avons de nous-même est une compréhension narrative, c'est-à-dire que nous ne pouvons pas nous saisir nous-même hors du temps et donc hors du récit ; il y a donc une équivalence entre ce que je suis et l'histoire de ma vie. (1988, p. 277)

Dans ce texte adressé à des psychanalystes, il insiste beaucoup sur la fonction du langage et de la symbolisation en avançant que la psychanalyse a fonction de resymbolisation lorsqu'il s'agit de « réintroduire le patient dans la communauté linguistique » (*ibid.*, p. 281). Il propose plus loin que la psychanalyse soit un outil de « restructuration narrative de la personnalité » (*ibid.*, p. 285). Si nous associons sa proposition à notre clinique de l'extrême et à la position archaïque des accueillis de la maison d'accueil spécialisée, nous pouvons alors soutenir que notre travail anamnétique et le partage que nous en faisons avec les intervenants consiste bien à les inclure dans notre condition humaine commune. Nous verrons dans la section suivante que l'utilisation de la vie quotidienne en tant que médiation s'appuie sur cette même dynamique, avec l'élaboration d'une « fonction à contenir » (Mellier, 2005 *a*, 2005 *b*) de l'archaïque et du clastique s'appuyant elle aussi sur le processus de symbolisation et d'historicisation.

Avant d'y venir, abordons rapidement une autre dimension de la mise en récit de l'histoire du sujet. Dans son texte de 1986, Paul Ricœur remarque que « C'est ainsi que nous apprenons à devenir le *narrateur de notre propre histoire* sans que nous devenions entièrement l'*auteur de notre vie*. » (*op. cit.*, p. 275). Il souligne ici que notre récit de vie est organisé par des codes dominants, des constructions culturelles nous attribuant des rôles. Cette remarque nous renvoie aux travaux de Vincent de Gaulejac et à son approche du récit de vie en tant que technique d'intervention. Il propose de mêler l'analyse des déterminants sociaux, des déterminants familiaux et des déterminants inconscients pour observer leurs interactions et leur impact sur le parcours de vie du sujet. Il ne s'agit pas pour la sociologie clinique de distinguer ces déterminants les uns des autres mais bien de montrer que tout individu a une existence qui les dialectise :

L'individu est multidéterminé, socialement, inconsciemment, biologiquement, et ces déterminations multiples le confrontent à des contradictions qui l'obligent à faire des choix, à inventer des médiations, à trouver des « réponses », des issues, des échappatoires... (2012, p. 11)

La compréhension du contexte économique, culturel et historique dans lequel s'inscrit une existence permet de faire la part des choses entre le social et le psychique. (*ibid.*, p. 102)

Il s'appuie sur le concept freudien de roman familial (1909) :

Le roman familial est un mécanisme de défense des enfants des classes dominées pour supporter leur condition et dédouaner les parents de leur misère. Il apparaît comme contrepartie de la culpabilité ressentie par l'enfant, qui le conduit à haïr la misère et donc

ses parents qui en sont « responsables », et de l'infériorité qu'il éprouve à l'égard des autres, les nantis. L'activité fantasmatique lui permet, d'une part, de se revaloriser narcissiquement en construisant une image idéale de ses parents et, d'autre part, d'absoudre les parents de leur faute liée aux humiliations dont ils sont l'objet de la part des dominants. (2019, p. 154)

Vincent de Gaulejac souligne ici la question du rapport social et des positions de classe. Sa vision du concept psychanalytique est sociologique, tout comme son approche de la transmission des mythes, des histoires et des secrets de famille qu'il conceptualise en proposant une réflexion sur « la dynamique des processus de transmission, sur les ajustements entre l'identité prescrite, l'identité souhaitée et l'identité acquise », dans la mesure où il y a toujours un écart entre l'histoire réelle et ce que le sujet en dit (2012, p. 13). Pour Gaulejac, la famille a une fonction éducative orientée par ses propres représentations sociales. Les parents vont ainsi apprendre à l'enfant comment s'adresser à l'autre, en particulier lorsqu'il est issu d'un autre milieu social. Ce positionnement va ensuite influencer sur sa trajectoire individuelle : son appartenance sociale, culturelle et politique, ses valeurs, ses modes d'éducation, sa relation à l'argent et au capital... Si l'enfant n'a d'abord pas conscience des différences sociales, il ne les découvrira qu'au moment de la période de latence. C'est à partir de cette découverte que son appartenance de classe va impacter sa construction identitaire qui intégrera une potentielle honte des origines, une haine de classe, une violence des rapports sociaux.

À partir de ces principes théoriques, Vincent De Gaulejac anime des séminaires de groupe « roman familial et trajectoire sociale », où une dizaine de participants vont chacun se raconter afin de dégager – à l'aide du groupe – leur propre trajectoire entre processus sociaux et processus psychiques. Il les invite à s'arrêter sur des événements marquants afin de les incorporer dans leur actualité. « Si on ne peut changer le passé, on peut changer son rapport à ce passé, en comprenant en quoi cette histoire est toujours présente en soi. (2012, p. 23) », écrit-il. Il avance qu'une élaboration de son historicité permettrait au sujet de pouvoir se projeter dans l'avenir, avec la logique de sa propre histoire. Il propose au sujet de s'appuyer sur un récit sociohistorique pour qu'il se confronte à ses émotions en les liant à des contradictions intimes entre ce qu'il vit dans des relations d'attachement familial et dans un champ social et affectif dominé par une « logique de la distinction » (2012, p. 50). Vincent De Gaulejac propose donc à « l'individu psychosocial historique » d'intellectualiser son histoire, de la théoriser, pour une « prise de conscience des processus de construction identitaire » (2012, p. 73).

L'intérêt que nous portons aux travaux de Vincent de Gaulejac est à relier aux trajectoires des accueillis de la maison d'accueil spécialisée. Nous avons vu la place conséquente que prenait leur histoire institutionnelle. Dans notre travail anamnétique, les premiers éléments dont nous disposons sont attachés à leur parcours au sein de l'institution, souvent de service en service au sein de l'hôpital. Il nous semble nécessaire de rappeler qu'ils ont forcément pâti – pour reprendre l'expression de Ricœur – de la situation politique et sociale de la psychiatrie, à laquelle leur destin est intimement lié. Nous l'avons vu avec l'histoire de Monsieur C., la famille n'est pas exempte des représentations sociales négatives induites par l'anormalité de son enfant et par son « placement » à l'asile. Si dans le cas de Monsieur C., le lien n'a pas été rompu, l'histoire de Monsieur E. révèle une tout autre évolution. Que ses enfants soient ainsi effacés de leur lignée familiale est un phénomène à relier à la honte, elle-même induite par la violence des rapports sociaux s'instaurant lorsque le handicap vient marquer la famille de son stigmat. Nous pourrions ici envisager que le roman familial s'élabore à l'inverse, avec la reconstruction d'un mythe familial qui éliminerait symboliquement l'enfant marqueur de honte. Ainsi, les accueillis sont bien des « individus psychosociaux historiques », dont l'identité narrative doit advenir en tenant compte de leur histoire sociale envahissante.

À celle-ci s'articule une histoire abandonnique, et nous observons qu'elle est un point commun de la majorité des sujets accueillis de la même génération. La considérer en tant que facteur incontournable de leur constitution psychique consiste à souligner qu'elle peut impacter le développement de leurs troubles. Autrement dit, il nous semble que la déficience est souvent présentée au premier plan de la psychopathologie du sujet jusqu'à réduire le possible déploiement de sa vie psychique. Si la déficience implique des distorsions dans le développement de ses relations objectales précoces, l'expérience abandonnique s'y surajoute. Pour certains sujets, aussi déficitaires soient-ils, nous pouvons même envisager que l'abandon est à prendre en compte en tant que facteur fondamental de leur construction subjective. Toutefois, dégager l'impact de l'expérience abandonnique des manifestations massives de l'archaïque et du clastique nécessite une observation fine de chaque accueilli. C'est cette question que nous allons maintenant aborder.



## II.2.2. LA « FONCTION À CONTENIR » DE L'ARCHAÏQUE ET DU CLASTIQUE

Durant l'été 2017, le député François Ruffin est venu passer vingt-quatre heures à l'hôpital psychiatrique. Il souhaitait découvrir la psychiatrie « en immersion » durant un laps de temps propice aux rencontres, pour ensuite écrire un petit livre sous forme de reportage. Au cours de cette visite générale, il s'est rendu dans un service de longue évolution, l'un de ceux que nous évoquons dans notre intermède. Dans son livre-documentaire, nous le voyons confronté à son expérience de l'*inquiétante d'étrangeté* :

Au pavillon Esquirol, le goûter se termine.

Autour de nous, des gueules cassées, en fauteuil pour beaucoup, le cou plié en deux, qui avalent un petit suisse, un bout de gâteau. [...]

Des résidents nous font signe du doigt, qu'on approche. On s'installe à leur table, pour entendre quelques sons, mollement émis, une doléance peu éclairante : « Awa bacu sir... » Je ne capte rien. Je m'efforce quand même, pour les traiter en citoyens. « Awa bacu sir... ». Myriam le fait reprendre, cinq fois, six fois : « je ne veux pas aller à Bacouel. » Soit. Je note cette revendication sur mon calepin.

Un vieux en pyjama me tend une main, que je serre. Derrière, une infirmière refuse : « Non, Monsieur Tassel, je ne vous serrerais pas la main, et vous savez pourquoi. » Elle se tourne vers moi : « Vous lui avez serré la main ?

– Oui.

– Faudra mettre du manugel. »

Énigme...

« Gnnn... Agrrr... », j'ignore comment en rendre compte, par quelles onomatopées, mais c'est le fait marquant, pour moi, moi qui ne suis que mots, que phrases, que paroles : ici, les malades ne parlent pas, ou peu.

Ils gardent le silence, ou émettent des phonèmes, mal articulés. [...]

Mais d'autres me réclament.

À tous, j'accorde mon attention.

Je recueille des râles.

Je n'aurai, au final, qu'une seule conversation, avec Monsieur Blot : « Je suis là depuis trois ans. Je suis bien ici, j'ai l'impression de perdre mon temps. Je suis nourri, lavé, blanchi. » Lui m'évoquera sa femme partie, sa fille, l'âme sœur qui lui manque, les impôts... C'est décousu, certes, mais humain, du langage. Et j'éprouve de la pitié pour Monsieur Blot, au milieu de ces... de ces... comment dire sans choquer ?, et comme je l'ai ressenti pourtant, sans langue de bois, sans politiquement correct, sans expression du genre « personne intellectuellement diminuée »... au milieu, disons-le : de ces débiles. La

maladie mentale, vous savez, sans la noblesse, sans le génie, sans la folie créatrice tant mise en valeur dans les films, les médias, Van Gogh et Artaud. La démence plutôt, quelques mots prononcés et c'est déjà l'exploit.

Une infirmière l'énonce cliniquement : « On a de tout ici, c'est très hétéroclite : du pervers sexuel, de l'autiste, du poly-toxico, du Korsakoff, de l'Alzheimer, de la sénilité... »

À tous, je marque un intérêt, quand même.

Je fais semblant, par compassion.

C'est une posture un peu héroïque, chrétienne : « Monsieur le député à la rencontre des pauvres d'esprit. »

Ça dure quoi, pour moi ?

Vingt minutes ?

Trente peut-être ?

Mais franchement, ça me suffit. (p. 17-20)

Nous relevons peu d'éléments littéraires pour décrire l'ambiance de ce goûter particulier, ni même les émotions qui traversent François Ruffin à ce moment précis, si ce n'est le malaise. Le tableau de départ est sommaire et la lecture ne nous permet pas de visualiser la scène de ces rencontres, encore moins les personnages qui s'adressent à lui. Le voici qui se heurte de plein fouet à l'archaïque, alors que tout à sa mission, l'homme politique ne s'y était probablement pas préparé. Son malaise est perceptible, comme l'est celui de tous ceux qui découvrent ce service, comme nous avons pu le ressentir nous aussi à nos débuts. Il évoque sa posture d'homme politique en visite pour tenter de mettre des mots sur un bouleversement psychique certainement plus profond que cet apparent décalage statutaire. Du côté des patients, venir à leur rencontre fait événement dans cette unité où la mésinscription est prégnante. Si ce jour-là, François Ruffin s'efforce de « les traiter en citoyens », les visites de personnalités officielles sont rares en service de longue évolution.

Mais que l'on soit député ou non, faire irruption dans l'environnement connu et maîtrisé de ces patients expose le visiteur de façon singulière : ceux-ci se précipitent vers l'étranger, se placent dans une proximité physique jusqu'à happer sa propre subjectivité. François Ruffin dit sa gêne, sa difficulté à ne pas pouvoir rencontrer le sujet au moyen de son outil privilégié qu'est la parole. Il fait spontanément le lien entre langage et humanité, comme si l'étrangeté ne se référait qu'à cette faculté. Lorsque « Monsieur Blot » lui raconte son histoire de vie, le député se montre plus à l'aise puisqu'il parvient à

s'identifier au patient. Il nous semble qu'ici, ça n'est pas tant l'accès au verbe qui permet ce mouvement intersubjectif mais bien le récit de vie que « Monsieur Blot » lui livre. Le lien n'est pas de même qualité avec celui qui finit par énoncer avec difficulté : « Je ne veux pas aller à Bacouel. » Connaissant le patient, nous savons que cette phrase a du sens et s'inscrit dans une histoire. Le patient bafouille, il a une élocution empêchée et sa déficience brouille la communication verbale. L'échange nécessite du temps, une proximité et une certaine pratique pour permettre au sujet d'exprimer ses préoccupations, ses émotions, et surtout pour faciliter leur expression afin de les comprendre. Le député se dégage de la difficulté avec le levier de l'humour et du jeu puisqu'il ne peut accéder à l'histoire racontée avec cette phrase trop parcellaire. Mais c'est surtout l'incomplétude de cette rencontre humaine qui provoque une réticence à s'engager dans une intersubjectivité archaïque, lorsque la parole ne fait plus tiers.

## ARCHAÏQUE

La rencontre avec une personne déficitaire, a fortiori handicapée mentale ou psychotique est une expérience qui peut s'avérer saisissante. Son apparence physique porte les stigmates d'un vécu corporel singulier et son expressivité est parfois discordante, si l'on se réfère aux codes faciaux usuels. Certains sujets rencontrés à la maison d'accueil spécialisée sont mutiques, d'autres s'expriment par des cris ou des vocalises que l'on réussira parfois à décrypter au moyen d'une relation de proximité soutenue. Quelques rituels adoptés comme modes relationnels sont surprenants et mobilisent souvent une dimension corporelle, parfois intrusive pour celui qui ne s'y attend pas. Des comportements étranges nous interpellent par leur rupture d'avec nos convenances sociales ordinaires. Nous l'avons montré dans notre préambule.

Rapportons maintenant ce moment de vie quotidienne un après-midi, à la maison d'accueil spécialisée :

*De mon bureau situé dans une unité de vie, j'entends un écho inhabituel : des voix chantent « joyeux anniversaire ! ». Le chant est dynamique, à plusieurs voix, festif. Je m'étonne de n'avoir pas été invitée à la fête. Enthousiaste, je m'élance hors du bureau pour m'y joindre...*

*Je découvre les dix accueillis attablés, immobiles. D'ordinaire, ils mangent dans le réfectoire où de petites tables séparent les mangeurs. Là, les voici rassemblés dans la pièce*

*de vie, ce qui est assez rare. Une aide-médico-psychologique est seule, elle découpe silencieusement un gâteau d'anniversaire sur lequel sont concentrés tous les regards. Un cadeau est posé sur la table.*

*C'est un lecteur CD portable qui chante ainsi. La scène, remarquablement paisible malgré cette couverture sonore, se heurte à celle que je m'étais représentée en n'en percevant que le son. M'appuyant d'abord sur ma conception subjective de ce que devrait être une fête d'anniversaire, j'observe le contraste entre cette énergie qui sort du poste et l'apathie du groupe que je crois percevoir, malgré tous les efforts déployés par l'intervenante pour tenter de rendre ce goûter festif. Pourtant, il se passe quelque chose. Les convives ne sont pas tristes ni absents psychiquement, ils semblent engagés dans ce moment d'intimité avec gravité, certainement taraudés par les effets du groupe et de la proximité imposée par ce goûter partagé.*

Avant de nous engager dans un développement réflexif, veillons à ne pas banaliser les conditions de cette situation. Une aide-médico-psychologique seule avec dix adultes déficitaires, c'est autant de toilettes à faire, de repas à donner, que de lever ou de coucher à accompagner. C'est une situation dite exceptionnelle, devenue fréquente puis ordinaire dans le quotidien des maisons d'accueil spécialisées. C'est un être parlant au milieu de dix êtres non-verbaux. Nous rendons ici hommage au courage et au dévouement de ces intervenants dits « de première ligne », qui sont souvent des femmes.

Cette séquence met en évidence toute la difficulté de travailler avec l'absence de parole. Nous en observons ses répercussions sur l'ambiance institutionnelle au quotidien, même si les intervenants déploient des trésors d'ingéniosité pour essayer de l'alléger, notamment en proposant des temps collectifs susceptibles de générer du partage dans un autre registre que celui d'une promiscuité contextuelle. Pour les intervenants, s'engager dans un lien intersubjectif implique de posséder des assises objectales et narcissiques suffisamment solides pour être en capacité de soutenir la subjectivation de la personne déficiente. La clinique de l'extrême implique notre confrontation à des situations tout à l'extrémité de l'humanité, qui mettent à mal nos capacités identificatoires. L'absence de parole implique que les liens se créent et se développent avec des modalités singulières, notamment si nous les considérons avec les apports de René Kaës (2010). Pour revenir à la scène d'anniversaire que nous venons de rapporter, nous constatons ici à quel point la réalité matérielle peut différer de la réalité psychique du groupe à l'organisation et aux processus inconscients spécifiques, comme René Kaës le souligne en rappelant les fondements de la psychanalyse :

Un lien n'est pas seulement un connecteur d'objets subjectifs qui interagissent : il possède sa consistance propre. Dans un lien, les sujets sont dans des relations d'accordage, de conflit, d'écho et de miroir, de résonance avec leurs propres objets internes inconscients et avec ceux des autres. Le lien se fonde essentiellement sur les alliances inconscientes nouées entre eux. C'est parce que le lien se fonde essentiellement sur ces alliances que j'appelle lien la réalité psychique inconsciente spécifique construite par la rencontre de deux ou plusieurs sujets. (p. 21)

Dans le contexte de la maison d'accueil spécialisée, lorsque les objets sont partiels du fait de l'archaïque, le lien est un processus délicat. Nous veillons à la différenciation des accueillis, souvent aux prises avec l'indifférenciation tant du fait d'une histoire collective que de leurs pathologies de type archaïque. Autrement dit, leur espace intrapsychique est à soutenir, voire à préserver tant il est fragile, tout en considérant qu'il s'inscrit dans une dimension intersubjective imposée par la vie collective de l'institution et marquée par l'héritage asilaire qui a pu les confondre, dans une dynamique que l'on peut considérer comme transgénérationnelle. En nous appuyant sur la réflexion de René Kaës, nous avançons qu'au-delà d'une tâche primaire qui consiste à organiser la vie collective par des médiations de la vie quotidienne orientées par les besoins de la personne, le travail des intervenants suppose d'accompagner chaque accueilli du statut d'individu vers celui de sujet :

Je dis le sujet singulier et non l'individu. L'individu n'est pas un concept psychanalytique : il est un élément insécable, anonyme et interchangeable du « collectif », une partie du tout, un représentant de l'espèce, il est « n'importe qui ». Les modèles holistiques du groupe, centrés sur le groupe comme totalité, ne connaissent que des individus et les individus ne sont dotés ni de subjectivité ni d'espace psychique. (*ibid.* p. 22)

Les expériences quotidiennes au sein du lieu de vie mobilisent le sujet selon ses propres expériences relationnelles, la qualité de ses perceptions de l'environnement, la nature de ses relations objectales et de leurs éventuelles restaurations. Lorsque René Kaës (1993) montre la complexité de la structuration de la représentation du groupe pour le sujet, nous en déduisons combien elle peut être troublée pour le sujet déficitaire. En effet, nous savons que son image du corps, ses structures identificatoires et ses capacités de représentation et d'élaboration sont précaires. C'est donc en tenant compte de sa singularité psychique constituée tant par sa structure psychopathologique que par son histoire, qu'il s'agit de lui proposer un mode de vie parmi les autres qui soit suffisamment

étayant et sécurisant pour permettre l'investissement de nouveaux objets communs, à sa mesure. L'appareil psychique groupal qui « lie, accorde, appareille et transforme les contributions psychiques de ses sujets » (Kaës, 2010, p. 27) nécessite donc d'être élaboré au moyen de dispositifs spécifiques pour être structurant, afin que le sujet puisse se représenter le groupe auquel il est affilié par l'institution et que sa symbolisation en soit facilitée.

La déficience intellectuelle profonde place le sujet dans l'impossibilité d'appréhender son environnement du fait de la restriction de ses capacités de perception, d'élaboration et de symbolisation ordinaires (Salbreux & Misès, 2005). Celle-ci entraîne inévitablement une perception troublée du monde, ainsi que des difficultés à l'investir et donc à communiquer. Lorsque la sphère instrumentale se trouve ainsi diminuée, la structure du sujet tend à évoluer sur un mode particulier qui varie en fonction de ses déficits et de la qualité des propositions adaptatives de son entourage.

Esquirol associait l'état de déficience intellectuelle profonde à un état de « vide psychique » :

*Incapables d'attention, les idiots ne peuvent diriger leurs sens ; ils entendent, mais n'écoutent pas ; ils voient, mais ne regardent pas, etc., n'ayant point d'idées, ne pensant point, ils n'ont rien à désirer, ils n'ont pas besoin des signes, ils ne parlent point. La parole est inutile à celui qui ne pense pas, qui ne désire pas ; aussi peut-on juger du degré de l'intelligence des idiots par l'étendue de leur vocabulaire. (1838, p. 333)*

Si cette approche a laissé des traces dans nos représentations collectives, l'évolution des travaux en psychologie clinique nous permet aujourd'hui de la réviser en nous décalant de ces préceptes, pour envisager différemment des comportements archaïques observés au quotidien.

La théorie de la symbolisation et de son processus, proposée par René Roussillon (1995, 1999), puis complétée par Anne Brun (2014) nous éclaire quant aux mécanismes d'appropriation subjective de l'expérience perceptive par la symbolisation. À la maison d'accueil spécialisée, les accueillis font toutes sortes d'expériences perceptives ; d'une part ceux-ci sont stimulés en ce sens et d'autre part, un sujet dans un environnement est constamment en position perceptive. Nous évoquons l'expérience de Monsieur T. face à son reflet, mais tout événement est propice à l'expérience, aussi banal soit-il. C'est ainsi qu'un souffle d'air, le bruit de la grêle ou de la perceuse, un filet d'eau qui s'écoule ou un

panier à linge qui se renverse deviennent des événements susceptibles d'être des éléments anxiogènes lorsqu'ils ne sont pas médiatisés. L'image de la télévision, le son qui sort du poste, un parfum entêtant sont aussi des éléments environnementaux susceptibles d'être hyperstimulants. Il s'agit également de faire face à l'imprévu, au grain de sable qui enraye soudain les rouages d'un quotidien ritualisé. Lorsque son accès au processus de symbolisation se trouve restreint, le sujet rencontre des difficultés pour introjecter toutes ces expériences. En reprenant le concept freudien de « trace mnésique perceptive » qu'il associe aux apports des psychanalystes contemporains, Roussillon décrit l'évolution complexe de l'éprouvé qui impacte un sujet, d'abord de façon sensorielle, émotionnelle ou pulsionnelle pour être ensuite représentée puis symbolisée. L'appropriation subjective permet ainsi la mise en sens de l'expérience pour la dégager d'une immatérialité traumatique.

Les travaux de René Roussillon et d'Anne Brun nous permettent de rapprocher les manifestations d'angoisse archaïque des sujets déficitaires avec l'insuffisance d'un travail de symbolisation pour s'approprier des perceptions sensorielles. En nous appuyant sur leur élaboration théorique à propos des formes primaires de symbolisation, nous avons pu envisager les mécanismes d'appréhension de l'environnement chez le sujet déficitaire, notamment lorsque son appareil de langage ne s'avère pas suffisamment efficient pour étayer une représentation de l'événement et sa décondensation. Le délicat travail des professionnels du quotidien montre de quelle façon ceux-ci cherchent des moyens d'offrir une contenance singulière à chaque accueilli afin qu'il puisse peu à peu supporter sa propre réalité psychique et accéder à son mode particulier de subjectivation.

L'articulation de la triade des notions de fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique proposée par Pierre Delion (2000) nous a aussi permis d'aménager la difficulté de concevoir une communication sans mot. La vie quotidienne institutionnelle s'observe en tant que dispositif d'accueil du sujet et de ses troubles, de sa singularité. Du moment de la toilette avec sa grande proximité jusqu'à l'ambiance générale, le quotidien s'est construit au fil des années dans une démarche d'attention portée au sujet et en particulier à l'expression de son angoisse. En s'appuyant sur la mise en place de cette fonction phorique, que Pierre Delion traduit en tant que « *holding* institutionnel », chaque intervenant peut développer sa pratique de la rencontre pour recueillir les signes émergents du sujet accueilli, quels qu'ils soient. L'appareil psychique du soignant se fait porteur de l'expression du sujet. C'est justement cette fonction sémaphorique qui nous

intéresse ici. Le travail clinique de Pierre Delion, auprès des enfants psychotiques et autistes, décrit les multiples modes d'expression du sujet hors verbe en tant que « catégories basales du signe » (2009 *b*, p. 156). L'observation fine des intervenants du quotidien nous montre leur attention pour tenir compte de ce que le sujet laisse émerger : une mimique, une agitation psychomotrice, un cri ou un gémissement, un endormissement soudain lors d'un moment qui ne s'avère pas si anodin. Aussi, ces intervenants témoignent du développement de leurs qualités d'observation envers le sujet au fil de leur expérience commune. La transmission de ce savoir-faire attentionnel s'avère essentielle lors de la formation d'un nouveau professionnel dans l'institution. Expliciter la mobilisation particulière que requiert la relation avec les sujets accueillis nous semble devoir prendre le pas sur la technicité des gestes de soin ou sur la gestion matérielle du quotidien. Les signes ne sont pas des signaux, nous ne sommes pas dans un mode de communication ordinaire. Se faire comprendre ne nécessite pas toujours d'interpeler l'autre avec l'émission d'un message. Il s'agit alors de saisir ce que le sujet nous laisse entrevoir au moment opportun, d'en tenir compte en tant que matériel susceptible de comprendre l'autre, de lui apporter quelque chose qui serait une réponse malgré l'absence de formulation d'une demande. Alors, ce travail de recueil de ces observations fines s'opère collectivement, en particulier lors des temps de parole d'équipe que sont les réunions cliniques, les réunions de synthèse et les groupes d'analyse des pratiques. Ces instances servent la fonction métaphorique décrite par Pierre Delion, en tant que travail de perlaboration, soutenu par notre position tierce de psychologue. Comme nous l'avons développé dans notre section précédente, la fonction métaphorique nous permet d'associer les éléments du récit de vie à nos observations de l'actuel. Lors des séances d'analyse de la pratique, le retour sur les mécanismes intersubjectifs à l'œuvre dans l'institution sont intéressants à étudier, du fait de la singularité des modalités relationnelles engagées par le sujet déficitaire. Pour le rencontrer, le professionnel doit s'impliquer dans un registre archaïque et corporel qui tend à réveiller chez lui des mouvements affectifs et projectifs difficiles à reconnaître et à élaborer. Aussi, si une dynamique transférentielle a pu se mettre en place de façon aussi atypique que peuvent s'organiser les processus de liaison entre accueillis et professionnels, les manifestations contre-transférentielles s'avèrent indispensables à prendre en compte, dans la mesure où elles occupent une place essentielle dans cette intersubjectivité.



Dans un contexte supposé bien éloigné de la psychanalyse, nous parvenons à saisir la singularité de l'émergence des manifestations archaïques rencontrées par les intervenants, lorsque la relation quotidienne est interrogée dans l'après-coup. Le recours à une conceptualisation théorique s'avère nécessaire pour accompagner les intervenants dans l'élaboration de cette clinique qui paraît inélaborable lorsqu'on y est d'abord impliqué physiquement. En évoquant la métaphore des Titans, notre collègue, alors jeune psychologue, avait mis à jour sa sidération lors de ses premières rencontres avec les accueillis. Elle disait son trouble de s'être trouvée engagée dans un lien corporel auquel elle ne semblait pas préparée. René Kaës (2009) a eu recours au même mythe avant d'introduire sa définition de l'archaïque que nous rapportons ici :

Au regard de la clinique, la catégorie de l'archaïque désigne un *état primitif de la construction de l'objet* et des processus qui y président. Elle correspond à un état où la structuration de l'objet ne s'est pas encore accomplie où, corrélativement le moi dispose de *mécanismes de défense rudimentaires* pour faire face aux mouvements pulsionnels violents, aux fantasmes crus qui l'envahissent et aux angoisses précœdipiennes qui l'assaillent. Elle coïncide avec un commencement indifférencié, non subjectivé, non encore transformé par l'introjection ou la projection, dans lesquels prévalent des formations et des processus relativement simples, organisés par la *logique des relations binaires et par des formes primitives d'investissements et de représentations*. L'archaïque désigne une forme non subjectivée de l'inconscient et des mécanismes de défense. L'archaïque est caractérisé par ses effets de répétition sans transformation. (p. 104)

L'indifférenciation, un objet partiel et des angoisses non élaborées sont les caractéristiques qui s'avèrent frappantes dans le travail quotidien des intervenants auprès des accueillis, et concrètement, ce sont les points sur lesquels leur pratique achoppe. Lorsque l'investissement de l'objet reste primitif et partiel, la relation transférentielle rencontre des vicissitudes souvent déstabilisantes à concevoir dans cette dimension de l'archaïque. Nous verrons plus loin comment Pierre Delion (2022) la pense dans un contexte institutionnel de constellation transférentielle. Celui-ci rappelle qu'elle ne peut s'élaborer qu'en prenant appui sur la psychopathologie qui explicite les notions d'adhésivité et de projection dans le cas des pathologies de type archaïque. Pour les distinguer, Pierre Delion démontre qu'il reste essentiel de différencier les autismes des psychoses infantiles et des dysharmonies évolutives, comme Roger Misès et son équipe le proposaient déjà dans leur classification française. Cette distinction structurale soutient notre pratique quotidienne et celle de l'équipe de la maison d'accueil spécialisée. Les

récentes propositions classificatoires qui regroupent toutes les pathologies archaïques sous l'appellation globale de « troubles du spectre autistique (TSA) » nous semblent généraliser des mécanismes spécifiques que nos pratiques nécessitent constamment de distinguer afin de savoir comment nuancer nos interventions auprès de chaque sujet. Nous rejoignons donc la pensée de Pierre Delion sur ce point. Il propose ainsi de distinguer les modalités transférentielles selon « l'être au monde » du sujet psychotique ou autiste. Dans le cas des sujets de structure psychotique, « leurs formations de l'inconscient sont souvent intrusives, envahissantes, voire violentes, mais trouvent dans leur développement d'autres moyens, davantage « psychisés », de se « répandre » dans et par le transfert » (Delion, 2022, p. 68). C'est ainsi que le transfert sera animé par des mécanismes d'identification projective qui mettent à l'épreuve les intervenants avec le sentiment d'être attaqués ou persécutés. C'est par exemple le cas de Monsieur T., qui, lorsqu'il est envahi par l'angoisse, va exiger une attention massive en menaçant l'intégrité physique de l'autre ou du matériel. Son expérience vis-à-vis du reflet de son corps dans le carreau met en scène son angoisse de morcellement, mais aussi celle de ne pas se savoir exister, notamment dans le regard de l'autre. Si l'on oublie Monsieur T., lui sait se rappeler à nous afin de contrer cette angoisse en se projetant au sein de notre appareil psychique qu'il utilise pour être contenu.

À propos du sujet aux troubles autistiques, ses angoisses archaïques s'inscrivent dans des mécanismes d'identification adhésive :

Si je tombe de la falaise, je m'agrippe à tout ce qui peut me tenir et me retenir. Si à chaque franchissement de seuil, cette angoisse m'envahit, je m'agrippe à tout ce qui passe à portée de mes mains, voire à moi-même. Et le comble de l'autisme est de s'agripper à soi-même. (*ibid.*, p. 67)

C'est l'angoisse de dilution, d'agonie primitive que nous observons chez Monsieur F. qui s'entoure de chaises pour survivre en « milieu archaïque hostile » ou chez Monsieur I. qui arrachait un morceau métallique et brillant de l'autre pour s'empresse de l'incorporer. Un jeune accueilli, arrivé récemment dans l'institution, s'accroche à l'intervenant en saisissant fermement ses poignets jusqu'à y enfoncer ses ongles dès que l'angoisse l'envahit, phénomène typique de l'adhésivité, également décrit par Pierre Delion :

Lorsque l'on est en contact quotidien avec ces enfants, il est relativement aisé de comprendre de quoi il s'agit : à chaque surgissement d'une telle angoisse, l'enfant s'agrippe à vous, avec son corps à votre corps, et vous en gardez les souvenirs impérissables dans

vosre chair sous la forme de cicatrices diverses et variées, inscrites sur votre peau, sur le dos des mains, sur les avant-bras, autour du cou, venant témoigner de moments au cours desquels vous avez été le support salvateur de l'enfant vis-à-vis de ses agonies primitives. (*ibid.*, p. 68)

Lorsque le *clastique* se trouve résulter d'une destruction du lien et de l'effondrement du moi du sujet, la démarche institutionnelle viserait alors à apporter la contenance suffisamment résistante pour retenir et rassembler l'appareil mental qui se dilue, jusqu'à ce qu'il puisse trouver recours à l'agressivité dans une perspective évolutive. Ainsi, une intersubjectivité primaire et substitutive serait l'appui du remantèlement du sujet. Nous l'évoquions tout au début de notre thèse, cette perspective dynamique et évolutive vient contredire l'idée déterminée d'automatisme et de stéréotypie encore prêtée très récemment – et que l'on peut encore entendre actuellement – aux agis clastiques du sujet dit arriéré.

## CLASTIQUE

En 1961, Salem Shentoub et André Soulairac se sont intéressés aux conduites automutilatrices chez l'enfant ordinaire, avançant la normalité et la finalité objectale de cette activité. Ils soutenaient alors qu'il en était tout autrement chez l'enfant psychotique et chez l'oligophrène, du fait du manque de structure identitaire de ces enfants :

Chez les oligophrènes, et principalement chez les idiots, atteints de malformations embryonnaires ou précoces, frappés par l'arrêt du développement, chez lesquels on rencontre fréquemment un comportement automutilateur spectaculaire, la structure psychomotrice est rudimentaire, indifférenciée. Il y a absence quasi-totale de possibilités d'intégration. Absence aussi de la possibilité d'établir, voire d'entretenir des relations objectales, même rudimentaires. Le Moi est, à ainsi dire, inexistant : notre expérience de 1954 a montré que ces enfants immatures sont incapables de se reconnaître explicitement dans le miroir. L'automutilation, si fréquente chez les arriérés, est aussi stéréotypée que les autres comportements de ces malades et n'apparaît pas « intelligible ». L'inintelligibilité est encore plus frappante que dans les psychoses infantiles. (p. 142)

Relire ce postulat soixante ans plus tard nous rassure quant à l'évolution de la clinique des pathologies de type archaïque. Si nous envisageons que la constitution du moi du sujet soit en effet fragile, une évolution des relations objectales de celui-ci nous paraît

toutefois possible et nous donne à penser quant à notre manière de nous engager vers lui. Nous n'ignorons pas que cet a priori d'inintelligibilité ne soit pas totalement réformé, notamment dans le champ sanitaire, et qu'il constitue aujourd'hui encore un fondement de la mésinscription des sujets déficitaires au sein de nos institutions.

Il s'avère aussi que la notion d'agressivité est devenue générique pour les professionnels et n'est que très rarement dissociée de la violence et de la destructivité. Pourtant, lorsque nous considérons les multiples situations critiques rencontrées au quotidien dans l'institution, une compréhension fine et singularisée se révèle essentielle. Nous constatons souvent que c'est l'inexplicable qui constitue l'insupportable de ces situations. Celui qui projette n'importe quel objet à sa portée, y compris les corps, celui qui déchire avec les dents ou qui griffe, celui qui se gifle jusqu'à se décoller la rétine ou qui ingère et incorpore avec avidité... Les cris, les coups, les morsures méritent que l'on puisse se dessaisir de leur impact, souvent pétrifiant, pour en comprendre quelque chose, en s'accrochant à une perspective tant intrasubjective qu'intersubjective, même si l'effraction nous conduit souvent vers la désubjectivation. Dans son service de pédopsychiatrie, Pierre Delion (2009 *a*) observe la contagiosité de l'angoisse chez le soignant, qui, devenu réceptacle des projections du patient, peut se trouver envahi d'un affect de peur, qui ne serait autre que celle du sujet en souffrance ainsi recueillie par le soignant. Son idée de faire de la peur une « amie transférentielle », un support à l'intersubjectivité, nous permet d'envisager le rôle que l'entourage du sujet peut jouer dans la mobilisation de ses relations intersubjectives, jusqu'à la possible modification de la teneur de ses agis, entre violence, agressivité et apaisement.

Attenante à l'hôpital psychiatrique, la maison d'accueil spécialisée se veut contenante de la désorganisation psychique de ses accueillis, en particulier de leurs états clastiques. Les anciens dossiers des patients désignent presque tous l'agitation ou l'agressivité comme causes principales de l'impossibilité d'un maintien de l'enfant au domicile, ou dans des hospices plus généraux. C'est ainsi que les professionnels se montrent davantage aux prises avec des difficultés liées aux agis clastiques des patients qu'à leur grande dépendance. Cette particularité ne se retrouve pas au sein de toutes les maisons d'accueil spécialisées. Réinterroger le rapport au monde du sujet aux pathologies de type archaïque, comprendre sa grande difficulté à symboliser l'ordinaire du quotidien et la considérer comme le support d'un éprouvé archaïque le conduisant vers le clastique nous permettra,

là encore, de nous dégager de l'impact de la désubjectivation sous-tendue par les principes résistants d'inéducabilité et d'incurabilité.

Les descriptions rapportées par les familles ou les notes cliniques consignées dans les dossiers d'hospitalisation montrent des états d'agitation extrême chez ces sujets lorsqu'ils étaient enfants, descriptions qui nous renvoient souvent à Lyssa<sup>59</sup>, cette figure mythologique personnifiant la folie furieuse, l'ancêtre de la dangerosité (Guillemain, 2013, p. 28-29) :

*« Il tournoyait sur lui-même en criant sans arrêt et se cognait partout, nous avons réussi à l'attacher au pied de la table pour qu'il arrête. »*

*« Elle hurlait comme une bête. Dans le quartier, elle était connue ! »*

*« Le psychiatre m'a dit : vous ne pouvez pas garder cet enfant, il va détruire toute votre famille. »*

*« Nous lui avons noué les mains derrière le dos, pour qu'elle arrête de se cogner et de nous attaquer aussi, mais elle se jetait sur le dos ! »*

*« Convulsions à 4 mois. Ne comprend pas, ne parle pas. Incontinent. Mange malproprement. Surtout très agressive avec ses 6 frères et sœurs. Attachée au lit depuis 6 mois. <sup>60</sup> »*

*« Enfant de 10 ans en nourrice. (...) Gâteux, ne parle pas, ne répond pas à son nom. Ne semble pas comprendre, turbulent, agressif. (...) État d'idiotie avec agitation clastique incessante et stéréotypée. <sup>61</sup> »*

*« Quand elle avait 14 ans, les sœurs de l'hospice ont demandé à ce qu'on lui arrache toutes les dents pour qu'elle arrête de mordre. <sup>62</sup> »*

*« Entretien avec Mme C., maman de .... : Hospitalisation à 6 ans. A balancé son frère dans l'escalier. Jalouse de son frère. <sup>63</sup> »*

*« Enfant assez agressif d'après les dires de son frère, a failli le noyer dans la baignoire, tapait sur la mère nourricière, a fait une fugue de 3 jours dans les bois sans raisons*

---

<sup>59</sup> Sur l'ordre d'Héra et d'Iris, Lyssa s'empare de la raison d'Héraclès afin qu'il tue sauvagement sa femme et ses enfants. La scène tragique du meurtre décrit la démence du héros, aux prises avec des hallucinations : « Il n'était plus le même, le visage altéré, les yeux égarés, injectés de sang, et l'écume coulait sur son épaisse barbe. v.931-933 »

Dans l'iconographie antique, Lyssa est représentée pourvue de deux têtes, l'une humaine et l'autre canine, ce qui renforce à nos yeux la bestialité de la fureur qu'elle provoque. (Euripide, *La folie d'Héraclès*, 1962)

<sup>60</sup> Extrait d'un dossier, 1962.

<sup>61</sup> Extrait d'un dossier, 1962.

<sup>62</sup> Extrait d'un dossier. 1984

<sup>63</sup> Extrait d'un dossier, 1997.

*apparentes, a mis le feu à un piano... Placé ensuite à l'hôpital psychiatrique à 14 ans car impossibilité de le garder à domicile.* <sup>64</sup> »

Nous avons pu déjà explorer les grandes difficultés rencontrées par les familles livrées à elles-mêmes avec leur enfant qui ne bénéficiait pas de prise en charge précoce. Nous avons également abordé les souvenirs douloureux des fratries dans la section consacrée aux familles (II.1.2.).

Dans ses travaux portant sur l'histoire de l'idiotie, Markos Zafirooulos (1981) montre de quelle façon, au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, d'après les expériences de Voisin, l'idiot pouvait représenter un danger du fait de son incapacité à contrôler son excitation, se trouvant criminalisé et détenu dans les bagnes. Si Esquirol soulignait leur inéducabilité, la notion d'éducation spéciale serait apparue pour contrer la dangerosité potentielle des idiots : « Oisiveté ou « mère de tous les vices » : lieu de déchaînement de la violence et des mauvais penchants. L'idiot fait peur. Il faut le contrôler au plus près » (Zafirooulos, 1981, p. 27). Devant ces difficultés massives rencontrées par les familles, peu d'autres solutions que le placement en institution ne semblaient envisageables pour réussir à contenir de telles manifestations clastiques chez ces enfants, dont l'éducabilité est longtemps restée une question cruciale, défendue par les uns et révoquée par les autres. Aujourd'hui, une posture clinique de compréhension du sujet nous permet de nous dégager de ces anciennes représentations « d'instinct agressif », de méchanceté ou de perversité chez le sujet aux pathologies de type archaïque. Nous venons de voir que nous savons maintenant associer les agis clastiques à l'irruption de l'angoisse que nous envisagerons dans le cadre d'un tableau clinique et psychopathologique aussi précis que possible.

Ces états ne concordent pas avec certaines représentations du « simple d'esprit », lunaire, inoffensif et vulnérable, parfois comique, tel qu'il peut être décrit dans la littérature<sup>65</sup> et qui conduisent souvent les jeunes professionnels, se présentant comme « désireux d'être utiles en aidant les plus faibles<sup>66</sup> », à s'engager dans le secteur médico-social sans avoir notion que la faiblesse et la vulnérabilité peuvent produire et les confronter à des états clastiques. Car en parallèle des nombreuses représentations de dangerosité des idiots,

---

<sup>64</sup> Extrait d'un dossier, 2001.

<sup>65</sup> Quelques exemples non exhaustifs : La Varienne, dans *Les Demeurées* de Jeanne Benameur ; Plume chez Henri Michaux ; Benjy dans *Le bruit et la fureur* de William Faulkner ; Lennie, dans *Des souris et des hommes* de Steinbeck ; Harpo Marx au cinéma...

<sup>66</sup> C'est, d'expérience, une motivation fréquemment énoncée par les futurs professionnels à leur entrée en formation de moniteurs-éducateurs, d'éducateurs spécialisés ou même de psychologues.

d'autres images, tout aussi anciennes, montrent des sujets démunis et vulnérables. Ce point révèle la grande dysharmonie de cette clinique, qui vient aussi expliquer l'hétérogénéité des parcours institutionnels des sujets déficitaires, notamment lorsque les dispositifs d'accueil se sont diversifiés (voir notre chapitre I.2.). Ce constat d'inoffensivité s'avère tout aussi ancien. Dans ses travaux relatant ses tentatives de traitement moral de l'idiotie, Édouard Séguin (1846) abonde en ce sens :

Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que le mot *crétin* vient de *chrétien*, et a pour signification bon chrétien, chrétien par excellence, incapable de pécher, expression identique au nom *d'innocent*, donné indistinctement dans nos campagnes du centre de la France, aux idiots et aux imbéciles. (p. 77)

En outre, il observe les « instincts peu agressifs » de l'idiot et du crétin, en comparaison à ses distinctions avec d'autres états pathologiques, tels que l'imbécillité ou la démence (p. 102).

En évoquant « l'image d'un gentil débile « sans histoire » et « sans problème », Roger Misès questionne cet état « d'hyper-adaptation » en tant que mécanisme défensif visant à bloquer la conflictualité intrasubjective pour fixer l'état déficitaire du sujet.

Il constate :

On se satisfait trop aisément de l'insuffisance intellectuelle alors que les troubles du comportement ou les symptômes extériorisés mobilisent immédiatement l'entourage familial ou éducatif. (1975, p. 271)

Il critique alors une approche exclusivement psychométrique, remarquant qu'une atteinte isolée des fonctions intellectuelles chez un enfant serait une forme pure de déficience intellectuelle, très rare, dans la mesure où le syndrome impacte l'histoire du sujet et son entourage, tout en imposant des remaniements structuraux chez celui-ci. Nous pouvons aussi faire le lien ici avec des états de repli massif observés chez certains patients, moins bruyants, certes, mais tout aussi inquiétants. À l'instar de Roger Misès qui donne lecture de l'expression d'une angoisse envahissante et écrasante, figeant l'état du sujet à une organisation fixée profondément déficitaire, Fabien Joly (2010) le décrit comme « une sorte de *suicide psychique* », une « *violence silencieuse* » (p. 99) qui serait finalement le versant opposé de l'état de « *temper tantrum* » décrit par Frances Tustin (1981).

Ainsi, quand parfois certains agis s'adressent enfin à l'autre, nous pourrions presque encourager le sujet qui réussit ainsi à s'impliquer dans un lien intersubjectif, en attendant de trouver un moyen de le guider vers une autre consistance relationnelle. Manifester de l'agressivité implique d'agresser l'autre et donc de s'adresser à lui. Tout à l'inverse, l'auto-agressivité montre le plus souvent un détachement autistique à l'égard du monde extérieur, les blessures infligées semblant être un recours structurant pour le sujet aux prises avec la défaillance de son enveloppe :

Qui est-il, celui qui, d'un seul coup, attrape mon bras comme un jambon-beurre et qui, au moment de mordre dedans, me repousse, se tape la tête contre le mur et court dans sa chambre en faisant claquer la porte pour m'interdire de le suivre, pour me protéger de lui ?  
(Crouzet, 2006, p. 67-68)

C'est ainsi que cette infirmière de secteur psychiatrique décrit, avec l'humour qui la distancie, la vie du service de longue évolution où elle revient après trente ans d'absence. L'article de 1992 des soignants de l'hôpital l'Eau-Vive et de l'Association de santé mentale du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, que nous avons déjà cité, décrit avec précision la difficulté de la prise en charge quotidienne de ces patients dont les troubles psychotiques se surajoutent à la déficience. Les cliniciens proposaient alors de nommer cet enchevêtrement « l'effet balançoire » :

En pratique, on constate souvent un passage du pôle déficitaire au pôle psychotique, une sorte d'« effet balançoire » où la régression de certains aspects déficitaires s'accompagne de l'émergence d'éléments psychotiques, tout comme la stabilisation des processus psychotiques met en évidence des signes déficitaires. Cette organisation, qui apparaît souvent dans un état mouvant, finit par fixer les patients à un niveau sensori-moteur sans espace, sans intégration du temps vécu, où l'intérieur et l'extérieur sont souvent confondus et où la causalité est toujours magique.

Incapables de symboliser leurs expériences, ces sujets seront sans cesse confrontés à leurs fantasmes les plus primaires. Rivés au temps présent, ils ne peuvent avoir accès au langage, parce que celui-ci présuppose, d'une part, la possibilité d'une représentation mentale, et donc d'une évocation mentale de l'absence et, d'autre part, qu'il y ait une organisation temporelle. (Jaeger, M. et coll., 1992, p. 482)

Ils soulignent que cet effet balançoire génère des troubles relationnels qui placent les intervenants dans le même mouvement oscillant : la dépendance oblige que l'on s'imisce dans l'intimité de la personne pour accomplir des actes délicats comme la



toilette ou le repas. Ceux-ci s'avèrent d'autant plus compliqués à réaliser lorsque des mécanismes projectifs ou adhésifs imposent de trouver la juste distance pour éviter d'être pénétré ou pénétrant. Cette distance ne s'apprend pas, elle est intuitive et s'expérimente, même si elle nécessite de disposer d'une compréhension théorique affinée de ces mécanismes. Les auteurs montrent également que les manifestations auto ou hétéro-agressives sont à comprendre dans cette dimension mouvante : si elles sont l'expression d'une tension interne provoquée par une angoisse archaïque massive, elles peuvent aussi avoir une connotation relationnelle qui sera alors à décrypter dans une dimension externe. Les conduites archaïques et clastiques des adultes accueillis à la maison d'accueil spécialisée nous sont souvent présentées comme des points d'achoppement à la relation, parce qu'elles sidèrent et se trouvent donc être facteur de déliaison. Pour nous décaler d'une démarche interventionniste à finalité comportementale, notamment auprès des équipes qui témoignent de leur perplexité face à certaines situations, nous avons fait le choix d'envisager ces états en nous appuyant sur la compréhension du sujet troublé dans sa perception du monde qui l'entoure, mais aussi en dévoilant de possibles recherches d'attention de l'autre, du soignant en particulier. Si le sujet peut être perçu comme angoissé, il devient alors porteur de détresse aux yeux des professionnels pour qui un mouvement d'attention viendra contrecarrer le réflexe spontané de rejet.

Les soignants de l'Eau-Vive problématissent la présence des « arriérés mentaux profonds » en psychiatrie en mettant en exergue la difficulté d'accueillir de tels troubles du comportement, tant au sein des familles que dans les établissements médico-sociaux souvent en difficulté, comme nous l'avons déjà évoqué à de multiples reprises.

#### « FONCTION À CONTENIR »

À partir du terrain de la clinique du bébé, de sa famille et de son lieu d'accueil, Denis Mellier (2005 a, 2005 b) s'intéresse à la « fonction à contenir ». Il démontre les enjeux du travail clinique au cœur des institutions accueillant l'archaïque. Il propose de la définir « *comme la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour recevoir et transformer des souffrances très primitives* » (2005 b, p. 427). À propos des « souffrances très primitives », il fait le postulat de « l'existence de conflictualités archaïques où sont tellement entremêlées des déterminations hétérogènes, somatiques, sociales, éducatives ou intersubjectives que le sujet ne peut « porter » sa

souffrance et l'adresser à un tiers » (*ibid.*, p. 427). Il démontre que les dispositifs de la « fonction à contenir » sont opérants au moyen d'un « travail psychique de différenciation » (*ibid.*, p. 427) soutenu par un « travail de l'attention » (*ibid.*, p. 428) mentalisé par les professionnels engagés dans cette intersubjectivité dont se compose l'équipe institutionnelle. Notre rôle de psychologue clinicienne consiste à identifier mais aussi à soutenir le développement de la « fonction à contenir » des intervenants de la maison d'accueil spécialisée auprès des accueillis. L'identifier, parce qu'il nous semble qu'à partir du moment où les intervenants sont engagés dans un lien intersubjectif avec l'accueilli, ils se situent d'emblée dans cette dimension contenant. Nous avons vu avec nos différentes vignettes cliniques que les accueillis montrent un fonctionnement psychique originaire impliquant une indifférenciation plus ou moins massive selon leur organisation psychopathologique et leur résistance. Celle-ci vient envahir tous les registres, qu'il soit psychique, corporel ou sensoriel, dans une dimension tant intrasubjective qu'intersubjective. Il nous semble que l'attitude défensive la plus souvent rencontrée chez les intervenants s'observe dans des formes d'activisme centré autour des soins techniques de type *nursing*, sans pouvoir envisager que ceux-ci puissent s'organiser dans une dimension relationnelle et, par extension, contenant. C'est un phénomène qui s'observe fréquemment chez les professionnels récemment recrutés, qui ont peut-être davantage à se défendre face aux bouleversements provoqués par leur rencontre avec *l'inquiétante étrangeté*. Puis, de façon progressive, le *nursing* évolue vers une pratique de maternage où la « fonction à contenir » va commencer à devenir opérante au rythme du développement de l'implication de l'intervenant dans une dimension intersubjective. Pour accompagner ce mouvement, il nous paraît essentiel de pouvoir identifier le travail de contenance afin que l'intervenant puisse développer ses qualités d'attention et d'observation, ce qui lui permettra de se préserver affectivement dans son expérience intime de la proximité avec le sujet. Développer et soutenir la « fonction à contenir » s'inscrivent également dans notre fonction, notamment lorsque l'institution se trouve emportée par une situation de crise provoquant de la déliaison. Celle-ci va alors attaquer la capacité de contenance des intervenants qui vont spontanément se protéger de la souffrance psychique en retournant à des activités de *nursing* dépourvues de sens. Nous comprenons ici que pour que les intervenants puissent s'engager et investir une « fonction à contenir », il est nécessaire qu'ils soient eux-mêmes contenus par l'institution. C'est le principe du « *holding du holding* », proposé par Claude Allione (2005, 2018) : « Personne ne saurait soutenir personne s'il n'est pas lui-même soutenu » (2018, p. 157).

À propos du *holding*, rappelons que Donald W. Winnicott est au fondement du concept moderne de contenance. Denis Mellier observe que la fonction d'une « mère suffisamment bonne » « vise l'établissement du *self*, l'intégration psyché-soma mais aussi le rapport de l'individu avec la réalité extérieure » (2005 a, p. 41) et que c'est donc au moyen du *holding* que « l'environnement maintient une continuité d'être lors des relations primitives » (2005 c, p. 303). C'est dans ce prolongement que Didier Anzieu a élaboré sa théorie du *Moi-peau* en 1985 dont Denis Mellier observe qu'elle « résulte du *handling* maternel » (2005 b, p. 433). Nous avons évoqué tout au début de notre travail (I.1.) la défaillance de l'enveloppe chez Monsieur F. et la nécessité de lui proposer des aménagements faisant fonction de « seconde peau psychique » (Bick, 1967) afin de tenter de contenir ses angoisses agonistiques. À partir de la métaphore du *Moi-peau* qu'il définit d'après ses multiples déclinaisons comme « le sentiment de sécurité interne et d'existence dans sa peau » (p. 88), Albert Ciccone (2001) insiste sur « l'effet de transformation » de la contenance (p. 82), puisqu'au-delà d'accueillir et de contenir les éléments de souffrance, il s'agit aussi de « détoxiquer l'expérience ». Le processus « *contenant-contenu* » théorisé par Wilfried R. Bion (1962) met en évidence cette dynamique. À l'instar de René Roussillon (1995, 1999), Ciccone montre que le travail de contenance trouve sa finalité au moyen d'un processus de symbolisation.

Denis Mellier (2005 a) rappelle qu'au moment du déploiement des travaux de Donald W. Winnicott, les effets délétères des carences de l'environnement chez le nourrisson étaient également mis en évidence (p. 42). De notre place, envisager le sujet déficitaire sous l'angle de l'entrave à *l'activité de représentation* nous a amenée à croiser la question de la déficience intellectuelle avec celle des carences affectives. Les carences précoces provoquent chez les enfants d'importants troubles du développement, tant physiques que psychiques. Les travaux cliniques de Roger Misès et de son équipe (1975, 2010) ont montré l'impact des carences affectives et socioculturelles sur le développement psychique de l'enfant et l'importance de leur rôle dans les dysharmonies psychotiques et les psychoses précoces déficitaires. Ils observent, entre autres et selon la gravité ou la nature des troubles relationnels, des « mécanismes défensifs de type autistique » et/ou une « atteinte des processus cognitifs ». En outre, les déficiences dysharmoniques et les processus de structuration déficitaire chez l'enfant viennent aussi révéler toute l'importance du milieu, notamment lorsque des troubles instrumentaux de nature organique viennent compliquer la qualité de l'établissement des relations objectales. De

telles imbrications expliquent toute la difficulté clinique à différencier, encore aujourd'hui, les champs de l'autisme, des psychoses précoces, des déficiences intellectuelles et des carences affectives graves ainsi que les nombreuses confusions et querelles provoquées par cette difficulté.

Fleur Michel (2009) met en évidence l'impact de la découverte de son handicap mental par ses parents sur le développement psychique de l'enfant, en tant qu'expérience traumatique accompagnée de phénomènes de réminiscence et de réactivation de traumatismes passés. Ainsi, cet état serait un élément qui s'intègre à sa structuration psychique. L'effondrement provoqué par ce traumatisme engendrerait des difficultés pour eux à intégrer la présence du handicap afin d'aménager un environnement suffisamment bon, qui permette à l'enfant de s'engager dans des liens d'attachement structurants. Elle observe un vécu de peur et d'inquiétude chez les adolescents vis-à-vis de leurs figures d'attachement. Elle observe l'intégration des angoisses parentales par le sujet, tout comme l'existence d'une culpabilité primaire, intimement liée à des fantasmes de destructivité. Ainsi, pour Fleur Michel, l'attachement de ces adolescents handicapés mentaux serait désorganisé et facteur d'insécurité :

Ces données obtenues soulignent aussi que, en l'absence d'un soutien apporté à la famille, la mise en place de conditions de vie relationnelle difficiles risque d'induire un sur-handicap pour l'enfant handicapé mental. Ce sur-handicap étant issu des difficultés d'attachement, mais aussi du risque que ne se développent, dans ce contexte, d'autres symptômes psychopathologiques et que l'efficacité intellectuelle ne soit encore amoindrie. (p. 131)

Les travaux de Régine Scelles (2001, 2006, 2007), comme ceux de nombreux autres auteurs, soutiennent cette nécessité d'accompagnement dans l'accès à la parentalité qui permettrait aux parents « d'adopter » leur enfant handicapé et donc de s'engager dans des liens d'attachement sécurisés.

Nous l'avons vu, l'expérience abandonnique des sujets institutionnalisés depuis l'enfance est présente dans les réflexions d'équipe comme une interprétation possible de leurs manifestations clastiques. Rappelons-le ici, en nous appuyant sur les dossiers des vingt-trois personnes concernées par notre étude, nous savons que cinq d'entre elles sont pupilles de l'État, dont quatre ayant bénéficié d'un placement familial avant d'être institutionnalisés. Pour les autres, la filiation est connue mais un placement en institution (hospice ou hôpital) est survenu avant l'âge de dix ans. Nous avons également trace

d'accueils familiaux pour deux enfants et d'une déchéance de l'autorité parentale des parents naturels d'un accueilli qui aura été confié à l'âge de douze jours à son oncle et à sa tante.

Nous rencontrons ces personnes alors qu'elles sont dans la force de l'âge. Hormis des descriptions cliniques sommaires ou de rares témoignages des familles, nous ne savons pas comment s'est passée la naissance et de quelle façon le handicap a été (ou s'est) révélé, dans la mesure où déficience intellectuelle et troubles psychotiques ne s'accompagnent que rarement de stigmates physiques et se découvrent au fil du développement de l'enfant. L'évolution de la médecine néonatale s'est accomplie à partir des années 1970, ce qui nous amène à considérer une nette différence d'avec aujourd'hui quant aux pratiques de dépistage précoce pour la période des naissances qui nous intéressent (1948-1965).

Dans le dossier de Monsieur T., la notion d'hospitalisme est évoquée. Celui-ci a été accueilli à l'hospice dès l'âge de trois ans, en 1963 (II.1.3.). Nous avons vu qu'accueillir ses états clastiques sous l'angle d'une détresse abandonnique a permis aux intervenants d'être moins saisis par son agitation et d'accéder plus facilement à une posture contenante qui, bien souvent, l'apaise instantanément. C'est après-guerre que René Spitz (1968) a décrit le syndrome d'hospitalisme, une carence affective totale plus grave et fatale que la « dépression anaclitique » qui correspondrait à une carence affective partielle. Ses observations, comme les travaux cliniques qui suivirent, portaient sur des nourrissons élevés en orphelinats ou dans des institutions qui privilégiaient les soins superficiels d'élevage aux dépens des soins affectifs et relationnels. Pierre Delion (2009 *b*) propose de concevoir l'hospitalisme comme un effet de forclusion institutionnelle. En ne veillant qu'aux besoins physiologiques de ces enfants, leurs besoins psychiques sont alors forclos :

On a fait porter l'affirmation sur le besoin et pas sur la demande et le désir de l'enfant. On s'est trompé de feuille d'assertion. Quand pendant la Seconde Guerre mondiale, les orphelins sont mis dans des établissements pour survivre, on ne connaissait pas les nécessités d'avoir une préoccupation maternelle primaire qui tienne grâce à une personne référente présente sur un long terme pour cet enfant-là, à défaut de parents. (p. 157)

Cette analyse nous renvoie à la nuance que nous proposons de faire entre *nursing* et maternage. S'attacher à la réalisation de soins techniques auprès de l'accueilli en n'envisageant que son bien-être physique nous apparaît comme un mécanisme défensif

vis-à-vis d'une relation intersubjective qui serait alors trop menaçante, dans des contextes souvent singuliers. En se plaçant dans l'évitement de la relation, de façon plus ou moins consciente, les intervenants se trouvent alors en situation de forclusion qui pourrait avoir des effets graves sur le sujet si celle-ci faisait contagion chez tous les intervenants. Nous comprenons ici toute l'utilité de faire équipe afin que le dispositif de constellation transférentielle permette que l'accueilli bénéficie d'une continuité relationnelle malgré la défaillance de tel ou tel intervenant.

Le concept de « *maternage insolite* de Lóczy » (David, 2014), qui fait référence aujourd'hui dans les institutions d'accueil du jeune enfant, s'appuie sur les leçons de l'hospitalisme d'après-guerre. Il a fourni un étayage considérable aux transformations des pratiques. Denis Mellier (2005 *a*) fait le lien entre les souffrances exprimées du bébé et l'émotion tout en insistant sur l'attention que l'on doit porter à celle-ci « à la condition expresse de reconnaître sa valeur pulsionnelle et sa place dans l'intersubjectivité » (p. 77). Il propose alors « d'opposer les « tensions émotionnelles », qui sont dues à des souffrances primitives, des « émotions » ou unités émotionnelles discrètes propres à un processus de subjectivation » (p. 79). Ainsi, la « tension émotionnelle » due à « l'anxiété primitive » se distingue du « vécu émotionnel » des « angoisses de séparation ». Pour que le second puisse advenir, le sujet doit être suffisamment différencié de l'objet en ayant intériorisé son existence pour avoir pris conscience des enjeux de la séparation. Les « anxiétés primitives » ne sont pas élaborées par une expérience de séparation, Denis Mellier les situe « en deçà des émotions » :

Les *anxiétés primitives* se situent avant une possible prise de conscience par le bébé des enjeux de la séparation. Nous avons vu qu'elles correspondent chez S. Freud (1926) à l'« angoisse automatique », à la peur d'un danger réel. Elles se caractérisent par des manifestations souvent corporelles qui peuvent arriver à former de véritables défenses primitives pour éviter tout éprouvé psychique. Elles correspondent à des angoisses de chute sans fin, d'écoulement (Bick, 1968), à des peurs de liquéfaction (Tustin, 1972), de précipitation (Houzel, 2002), à des craintes d'effondrement ou agonies primitives (Winnicott, 1974) ou à des terreurs sans nom (Bion, 1962, 1970). Le problème pour le bébé est celui de la différenciation sujet-objet, la séparation ne peut être représentée, il ne peut la vivre que comme une amputation (Dolto, 1984) ou une dérégulation de son propre corps. (*ibid.*, p. 80)

Il observe que ces anxiétés non contenues sont hautement dispersibles et peuvent irradier tout l'environnement du sujet, « par ricochets de conflit » ou par « une sorte de propagation transpersonnelle » (p. 84). Ce sont des mécanismes que nous observons fréquemment à la maison d'accueil spécialisée et qui atteignent particulièrement les intervenants. À leur apogée, nous pouvons nous souvenir de la grande désorganisation le jour de l'ouverture de l'institution (l'aide-soignante disait en « être sortie complètement vidée »). Mais au quotidien, dans la banalité d'une journée ordinaire, des moments de déliaison très intense peuvent survenir, dont il faudra parfois remonter l'engrènement pour analyser le point de départ de la séquence. Denis Mellier met en évidence les différents chemins empruntés par la circulation des émotions dans les institutions et leurs spécificités psychopathologiques :

Ce déséquilibre de la problématique émotionnelle peut prendre ainsi des formes différentes selon les manifestations psychopathologiques des sujets pris en charge. Aux trois voies classiquement admises, le corps, le mental et l'agir, nous avons ajouté deux autres voies, celle du « désappareillage » de la psyché, quand le sujet dépend pour sa survie des autres, et celle opposée de la création. (*ibid.*, p. 120)

Au vu de la diversité des problématiques que nous observons chez les accueillis, cette conceptualisation nous permet d'organiser la désorganisation fréquemment provoquée par les débordements de souffrance auxquels nous assistons, souvent avec impuissance.

Ainsi, pouvoir les reprendre dans l'après-coup avec les équipes pour accéder à une élaboration commune représente un moyen de nous engager dans une compréhension affinée du sujet et d'endiguer les effets de confusion ressentis par les intervenants aux prises avec les manifestations archaïques et clastiques des accueillis. Cette dynamique nécessite un effort important de portage des équipes vers la symbolisation, dans la mesure où bien souvent, les intervenants nous semblent s'être laissés enclaver dans l'asymbolique de la déliaison.

Denis Mellier (2005 *b*) propose de concevoir la « fonction à contenir » en tant que position éthique du clinicien (p. 441) :

Cette hypothèse a une portée pratique. L'existence de souffrances primitives attachées à une conflictualité archaïque permet de comprendre pourquoi tant de conflits parasitent le soin, voire prennent la place du soin ou de la prévention. Lors de conflictualités à la « limite du psychique » entre le sujet et l'objet, entre le corps et la psyché, entre la société et la psyché, la « réalité matérielle » peut alors servir de défense pour masquer, nier, la « réalité

psychique ». Le conflit peut souvent s'exprimer en passant par un autre sujet que le sujet concerné ou par une autre voie que celle du psychisme. (*ibid.*)

Il arrive que des séries de séances d'analyse des pratiques ne portent quasiment que sur des dysfonctionnements managériaux ou bien que les intervenants soient pris par des moments de fou-rire, de colère ou d'émotion difficiles à contenir. Lorsque les séances commencent par des manifestations d'excitation, nous devinons alors qu'une fois apaisées, les échanges seront intenses. Tous les cliniciens rapportent leurs expériences des résistances des participants aux groupes d'analyse des pratiques. À la maison d'accueil spécialisée, l'équilibre reste fragile et s'avère parfois perturbé par notre place, lorsqu'elle manque d'extériorité. Alors, cette posture implique une certaine malléabilité quant à notre place au sein de l'équipe institutionnelle (Roussillon, 1991, 1999). Le principe consiste à montrer une « disponibilité inconditionnelle » auprès des intervenants pour être « utilisée » afin de partager des expériences quotidiennes qui gagneront à être symbolisées, souvent dans l'après-coup. Au-delà d'une grande souplesse dans notre adaptabilité aux demandes les plus diverses qui nous amène souvent à travailler dans les interstices (Fustier, 2012), cette malléabilité implique d'assurer l'autre de notre indestructibilité, notamment lorsque l'institution traverse des périodes de crises, de deuils et de remaniements organisationnels ou lorsque notre fonction est directement attaquée. Cette qualité nécessite à son tour d'être entretenue et soutenue, d'une part au moyen d'une supervision – le *holding* du *holding* du *holding*, donc – et c'est d'autre part grâce à la fonction qu'a pu avoir l'élaboration de ce travail de thèse. L'idée de proposer un « *holding* du *holding* » se mêle intimement à celle de *porter attention à l'attention portée*, en partageant des moments d'attention avec l'intervenant en direction de l'accueilli. C'est dans cette configuration qu'il nous semble le mieux pouvoir accompagner un travail de « transformation émotionnelle » en facilitant notamment le déploiement de la verbalisation du contre-transfert de l'intervenant (Mellier, 2005 *b*, p. 461-462).

À propos des crises que la malléabilité nous permet de traverser, elles confrontent l'équipe à des épisodes de dépressivité et d'effondrement de type abandonnique. Ce sont des cycles où le recours à la rigidité et à la contention est massif, souvent agi, au service de la confusion. Nous observons alors que le contexte institutionnel envahit les séances d'analyse des pratiques, où le lien à l'accueilli ne peut plus être travaillé tant il est régi par des protocoles de *nursing* indifférenciateur. Une problématique gestionnaire y est souvent associée. Elle est alors critiquée, subie, mais aucunement interrogée.



Dans de tels contextes, nous nous trouvons confrontée à la compression du travail de contenance en trois temps, tel que nous l'évoquions avec les trois fonctions phorique/sémaphorique/métaphorique proposées par Pierre Delion et que Denis Mellier (2005 *b*) conçoit ainsi :

1. Percevoir et recevoir les souffrances primitives (le risque du déni)
2. Contenir les tensions (le risque du débordement et de l'agir)
3. Penser, transformer (le problème de l'interprétation) (p. 476)

Le premier temps de réception des tensions émotionnelles est très actif, il semble empiéter sur le second temps qui apparaît alors fragile mais encore opérant de façon précaire. La réduction de ces deux temps en un vient alors totalement dissoudre le troisième temps, celui de l'élaboration et de la symbolisation. Nous nous trouvons dans un agir qui peut être rapporté, il semble alors mis au travail mais ne le sera pas réellement puisque sa transformation se trouve empêchée par une immobilisation proche de la sidération, qui ne va permettre que des réponses sous forme de nouvelles mises en actes.

Un exemple frappant est la situation de Monsieur I. (I.2.) dont les « dégradations matérielles » ne furent plus supportées, ce qui lui valut d'être contentonné tant physiquement que par recours à la médication. Elles étaient longuement évoquées lors des séquences collectives de réflexion que sont les synthèses, les temps de régulation d'équipe ou l'analyse des pratiques et nous identifions alors que celles-ci ne s'étaient amplifiées qu'au regard d'un seuil de tolérance institutionnelle dont le niveau avait été considérablement relevé. Des travaux de peinture venaient de se terminer et avaient recouvert les fresques réalisées sur les murs par la première équipe d'intervenants, lors des années de fondation institutionnelle et d'expérimentation. Le symbole n'avait pas échappé aux intervenants les plus anciens, qui associaient ce « rajeunissement » à la fin d'une époque. La crise que traversait alors l'institution mettait en évidence une confusion de deux dimensions temporelles :

La crise peut être considérée comme un envahissement de ce qui ne trouve pas d'issue d'une part dans les gestions groupales des problèmes que rencontrent les équipes (dimension synchronique de l'institution) et d'autre part dans les mécanismes défensifs de contention institutionnelle et groupaux (dimension historique ou plus diachronique de l'institution). (Mellier, 2005 *b*, p. 486)

Il s'agissait d'empêcher toute trace subjective dans les nouveaux espaces ainsi rénovés. Nous remarquons alors que plus nous nous éloignons de notre héritage asilaire, plus ses usages défensifs revenaient en force, des dispositifs de contention émergeant en termes de solution au risque de détérioration, tel qu'il était évalué et dont Monsieur I. devenait le porte-symptôme. Ce changement, qui se voulait valorisant au départ, s'est révélé engendrer un sentiment d'insécurité au sein des équipes aussi prises dans l'après-coup des déplacements formels que les travaux avaient nécessités. La période qui suivit vint aussi faire « place nette » dans les pratiques, avec un mouvement d'uniformisation des dispositifs de soins quotidiens rationalisé sous le primat d'une recherche de cohérence.

Alors, comment garder un cap éthique et soutenant lorsque nous traversons de telles tempêtes ? Citons ici la métaphore si poétique de Pierre Delion (2022) :

La constellation est un mot habituellement réservé aux étoiles. Plusieurs d'entre elles peuvent constituer ensemble un repère précieux pour le navigateur, surtout lorsqu'il est perdu en mer. Tout prédisposait donc la constellation transférentielle à devenir à son tour un repère précieux pour les patients perdus sur l'océan de la Folie.

Définie comme l'ensemble des soignants qui sont au contact du patient présentant une pathologie archaïque, elle résulte d'un travail collectif au long cours, effectué par l'équipe qui accueille et soigne le patient en question. (p. 71)

Soutenir la « fonction à contenir » dans une dimension tant intrasubjective qu'intersubjective, nécessite de posséder des assises psychiques et théoriques. Le concept de constellation transférentielle est un outil que nous brandissons haut et fort à certains moments, ou que nous manions avec délicatesse pour tenter de ciseler aussi finement que possible l'ouvrage institutionnel à d'autres occasions. Sa fonction est hautement enveloppante dans la mesure où elle inclut tous les intervenants institutionnels en lien avec le patient, mais aussi parfois des éléments matériels, comme des objets ayant une place privilégiée auprès de l'accueilli, ou même l'aménagement des espaces lorsqu'ils sont constitutifs de l'ambiance institutionnelle. Pierre Delion évoque ainsi tout ce qui fait « contact » avec le sujet. La constellation transférentielle implique la combinaison des rencontres avec le sujet, qui va permettre que se déclinent les manifestations du transfert préobjectal caractéristique du sujet à la pathologie de type archaïque. La « fonction à contenir » peut ainsi être autant décuplée que modulée selon le sujet, le groupe et le contexte institutionnel dans sa globalité. Chacun de sa place peut

élaborer son expérience contre-transférentielle dans un récit partagé. Ce qui fait constellation, c'est le soutien de la différenciation de chaque élément la constituant afin de proposer divers objets partiels à investir, organisation particulièrement adaptée aux pathologies de type archaïque. Elle est donc à l'inverse d'un magma humain risquant d'absorber le sujet, ou d'une armée de bons petits soldats aux défenses rigides contre lesquelles il se heurterait. Elle s'envisage par sa fonction thérapeutique accueillant et contenant l'archaïque et le clastique, qui constituent les souffrances primitives exprimées par les accueillis à la maison d'accueil spécialisée :

Or il est essentiel, dans les pathologies archaïques, que ces qualités accordées aux objets partiels soient accueillies ensemble, dépassant ainsi la dissociation, le clivage, et tous les mécanismes psychopathologiques propres à ces pathologies préobjectales. En effet, le patient ne peut sortir seul de cette aporie. La fonction thérapeutique de la constellation transférentielle consiste à lui permettre de reconnaître dans les figures des soignants des parties de lui-même, bonnes et mauvaises, qu'il n'arrive pas à « intégrer » par ses seules forces psychiques, et ainsi à bénéficier d'une fonction contenant qui le rassemble et lui permette d'éprouver, ne serait-ce qu'un instant, cette unité non stabilisée dans des enveloppes corporo-psychiques et institutionnelles – la constellation transférentielle – qui lui font défaut. (*ibid.*, p. 77)

Aussi, Pierre Delion insiste sur les temps de reprise qui vont permettre à l'équipe de s'accorder en tant que dispositif de groupe spécifique et respirant, où le conflit prend une valeur dialectique et non de confrontation d'idées. La diversité de ses participants octroie une valeur singulière à chaque savoir-faire qui composeront ensemble une palette d'outils thérapeutiques dont le sujet va pouvoir disposer selon son désir à investir telle ou telle proposition. Les ressources sont concrètes dans le cas des activités à médiation : une aide-médico-psychologique proposera des soins esthétiques, un autre aura plaisir à instaurer une activité cuisine, une monitrice-éducatrice animera un temps de conte etc. Paul Fustier (2013) a montré que la pratique éducative s'organise autour de la « passion » du sujet pour un objet devenant alors une proposition propice à la médiation auprès de l'accueilli (p. 21-24). C'est ainsi que tout savoir-faire devient « une compétence », médium suffisamment malléable pour être utilisé au travail et pour que l'intervenant transmette ainsi une part intime de lui-même, mais surtout un objet propice au transfert. Il en est de même pour une activité quotidienne telle que la toilette, qui ne sera pas réalisée de la même façon en fonction de l'intervenant, sa pratique personnelle ou sa formation professionnelle l'amenant à construire sa propre façon d'accompagner le sujet lors de ce

temps d'intimité. L'on comprend ici à quel point la complémentarité qui compose une équipe constitue une multiplicité d'approches propice au transfert. Pierre Delion insiste sur la nécessité d'un échange à propos de ces expériences, une reprise dans l'après-coup constituant un moyen d'échapper à la dissociation que peut entraîner ce qui pourrait être perçu comme une disparité. C'est donc le partage des vécus contre-transférentiels qui permet la régulation de potentiels clivages au sein des équipes. Ce point nous semble d'autant plus important lorsqu'un important *turn-over* engage une méconnaissance du nouvel arrivant, toujours porteuse de doutes et de réticences.

Pierre Delion est un fervent défenseur du mouvement de psychothérapie institutionnelle. Le concept de constellation transférentielle en est inspiré, il est le « point commun aux pratiques engagées » en ce sens :

Si l'on retient l'idée que l'institution est créée par une équipe pour habiter humainement un espace de soin, et que la psychothérapie des personnes non névrosées ne peut se réduire à une cure-type, la psychothérapie institutionnelle, dans un secteur ou dans une équipe, est l'intégrale des constellations transférentielles de chaque patient et des institutions ouvertes à tous, et répondant à diverses nécessités (un club thérapeutique, un journal, une association culturelle...). (2022, p. 77)

Si la maison d'accueil spécialisée n'est pas organisée d'après un fonctionnement de psychothérapie institutionnelle ou, du moins, si elle ne le revendique pas, nous pouvons avancer qu'elle fait institution. Son dispositif de « fonction à contenir » des mécanismes archaïques et clastiques de ses accueillis implique ses intervenants dans une constellation transférentielle, dans la mesure où une large place est accordée au partage des mouvements contre-transférentiels qui les traversent au quotidien. Il nous semble alors que notre responsabilité de psychologue clinicienne prend ainsi tout son sens au sein de l'équipe institutionnelle.

Nous avons commencé ce chapitre en évoquant la difficulté de travailler avec l'absence de parole des accueillis. Nous avons vu que la structuration singulière du sujet déficitaire mobilise une relation troublée à son environnement, tant physique que psychique. La restriction de ses capacités de symbolisation entraîne des mécanismes archaïques et clastiques qui témoignent de souffrances primitives s'inscrivant dans le lien intersubjectif au moyen de modalités projectives ou adhésives. Être confronté à l'indifférenciation et

au registre préobjectal ne va pas de soi pour les intervenants, notamment lorsque nous considérons l'angoisse du point de vue de sa contagiosité.

Notre fil de pensée s'attache à montrer que la maison d'accueil spécialisée n'est pas un espace institutionnel hors du langage. Bien au contraire, il nous semble que la parole doit y être largement investie, nous pourrions dire qu'elle l'est « pour deux ». Nous avons vu que le travail de récit de vie a cette fonction de restitution et de subjectivation auprès du sujet qui n'est pas en mesure de se raconter. Son vécu d'abandon est pris en compte dans notre clinique, dans la mesure où les intervenants se montrent sensibilisés aux manifestations d'effondrement des accueillis en ce sens. La « fonction à contenir », qui s'appuie sur l'observation et l'attention, n'est pas davantage dépourvue de langage. Si sa dimension corporelle est importante, la mise en récit de l'expérience contre-transférentielle de l'intervenant, investi dans le lien intersubjectif, est tout aussi opérante. Nous retrouvons ce processus dans l'organisation de la constellation transférentielle, qui là encore, implique une dynamique de libération de la parole.

« Ne savons-nous pas qu'aux confins où la parole se démet, commence le domaine de la violence, et qu'elle y règne déjà, même sans qu'on l'y provoque. » écrivait Jacques Lacan (1954, p. 375). Nous observons que la déliaison entraîne, en premier lieu, une rupture de discours propice à la violence. La régression du maternage au *nursing* s'observe lorsque les gestes d'hygiène ne sont plus soutenus par leur mise en sens au moyen de la parole. Du même point de vue, taire l'histoire subjective des accueillis consisterait à les « réduire au silence » de l'indifférenciation. Alors, bien que nous ne parlions pas tout à fait la même langue, l'essentiel serait de ne pas se taire. Mais si les intervenants « parlent pour deux », qu'en est-il du sujet qui lui, parle une autre langue ? Nous allons donc poursuivre notre développement de cette thématique essentielle dans notre clinique de l'extrême, en l'examinant maintenant sous l'angle de la subjectivation.

### II.2.3. SUBJECTIVATION DE L'ANIMALITÉ

Pinel a publié l'histoire et le dessin du crâne d'une idiote, qui était à la Salpêtrière en 1805. Cette idiote avait quelque chose de la brebis, et pour ses goûts, et pour sa manière de vivre, et pour la forme de sa tête. Elle avait de la répugnance pour la viande, et mangeait avec avidité des fruits et des légumes ; elle ne buvait que de l'eau. Ses démonstrations de sensibilité, de joie ou de peine, se bornaient à répéter les mots mal articulés : *bé, ma tate* ; elle exerçait des mouvements alternatifs d'extension et de flexion de la tête, et la frottait contre le ventre de la fille qui la servait ; si elle voulait résister ou exprimer son mécontentement, elle cherchait à frapper avec le sommet de la tête inclinée ; elle était très colère, plusieurs fois je l'ai vue dans le bain, faisant des efforts pour en sortir, et répétant d'une voix aiguë : *bé, bé, bé*. Le dos, les lombes, les épaules étaient couvertes de poils flexibles et noirâtres, d'un à deux pouces de longueur. On n'a jamais pu la faire asseoir sur une chaise ou sur un banc, même pour prendre ses repas ; dès qu'elle était placée assise, elle glissait à terre, elle dormait sur le sol roulée sur elle-même à la manière des animaux. (Esquirol, 1838, p. 323)<sup>67</sup>

Esquirol déroule ce cas – parmi d'autres – afin de démontrer que l'idiotie au degré le plus profond est « le dernier terme de la dégradation humaine » (p. 322). En effet, il est difficile dans cette description de trouver de l'humanité. Le médecin objective le lecteur par sa vision fantasmatique qui ne cherche aucunement à subjectiver cette enfant de 11 ans, tant il semble vouloir nous convaincre qu'elle n'en serait pas une. Aucun élément d'historicité ne nous est donné, pas davantage que d'arguments psychopathologiques. Il décline ensuite les mesures de son crâne puis passe à un autre cas.

Robert Castel (1976) montre qu'après la Révolution, lorsque les lettres de cachet sont abolies, la loi du 16-24 août 1790 associe les « insensés ou furieux » aux « animaux malfaisants ou féroces ». Ainsi, les représentations collectives, influencées par la répression de la folie, sont empreintes de cette vision de la « nature qui a rompu tous les contrôles et tire le fou du côté de l'animalité » (p. 48). Nous avons vu avec les travaux d'Henri-Jacques Stiker (I.1.3), qui rapportait notamment les positions de John Locke, que

---

<sup>67</sup> Paul Fustier (1999) a publié le cas original, écrit par Philippe Pinel en 1809 et la description de la jeune fille est quasi-similaire (p. 91).

le rejet subi par les malades mentaux tout au long de l'histoire semble trouver une justification avec l'idée, ancienne et tenace, qu'ils ne seraient pas tout à fait humains.

## SUBJECTIVATION

À plusieurs reprises, nous avons avancé que notre démarche d'historicisation visait à soutenir le processus de subjectivation de la personne dont nous racontons l'histoire. Il est donc temps de préciser notre définition de ce concept de subjectivation tel que nous l'employons, dans la mesure où ce terme est aujourd'hui manié avec diversité selon les orientations théoriques et cliniques de celui qui l'emprunte. Nous nous appuierons sur notre clinique spécifique pour tâcher de le définir au plus près de notre pratique tout en reliant à nos réflexions qui précèdent.

En psychanalyse, la subjectivation est tout d'abord liée au dispositif de la cure-type. L'analysant, sujet parlant et pensant, va symboliser, se représenter et élaborer ses expériences et son histoire, soutenu par le psychanalyste qui s'appuie sur les interactions transféro-contre-transférentielles. Il s'agit d'accompagner le sujet dans la compréhension et l'élaboration de sa propre réalité psychique, en accord avec sa singularité. Ainsi, le lien interpersonnel via la parole aurait un effet subjectivant, susceptible de modifier l'équilibre intrasubjectif de l'analysant. Dans cette conception dynamique, la subjectivation est un processus qui consiste à « faire advenir le sujet », formule psychanalytique – issue de l'énoncé freudien « Là où était du ça, doit advenir du moi » (1933, p. 110) – que nous retrouvons fréquemment lorsque cette thématique est abordée.

Partant de sa clinique auprès de sujets aux prises avec des problématiques narcissique-identitaires, René Roussillon (2006) observe et propose un ajustement du concept de subjectivation à d'autres formes de cliniques que celle de la cure-type. Pour lui, le processus de subjectivation est lié au travail de symbolisation :

C'est là l'essentiel du travail de symbolisation : effectuer le travail nécessaire pour que progressivement l'expérience subjective puisse être décondensée, partie par partie, explorée dans chacune de celles-ci, apprivoisée et intégrée dans la trame de la vie psychique, nécessaire pour effectuer le travail de dérivation et de métaphorisation dans le processus duquel l'expérience subjective va devenir intégrable. (p. 74)

Or, il observe que selon la structure psychique du sujet, mais aussi selon la nature de l'expérience subjective, son appropriation aura un destin singulier. Le sujet déficitaire n'a

pas les capacités cognitives de symboliser spontanément son expérience subjective. Nous avons vu que ses troubles archaïques et que ses souffrances primitives induisent une indifférenciation moi/non-moi. Tout évènement externe au sujet provoque une expérience, notamment sensorielle, mais René Roussillon nous rappelle aussi que l'expérience subjective implique la production intrasubjective qui se lie à l'évènement. « On saisit alors qu'elle mêle le Moi et le non-Moi, l'évènement et la manière dont le sujet s'en empare ou échoue à s'en emparer pour le signifier. » (*ibid.*, p. 73), mécanisme d'autant plus complexe lorsque le sujet s'avère mal ou peu différencié.

Nous l'avons vu, pour Fernand Deligny la personne déficitaire aux prises avec une pathologie autistique ou psychotique n'aurait pas accès à la subjectivation puisque son « identité consciente » serait « suspendue ou non advenue » et qu'elle se situe hors du champ du langage et du symbolique (1978, p. 1122-1123). Dans le même élan, il postule que « ces enfants-là » seraient écartés de leur histoire parce qu'elle ne prendrait pas sens pour eux-mêmes. Pourtant, l'œuvre qu'il a laissée et les documents radiophoniques et cinématographiques sur sa *tentative* cévenole nous semblent témoigner, à l'inverse de son discours et à notre sens, des effets subjectivants de l'expérience offerte aux accueillis.

Quelques décennies plus tard, le changement de paradigme proposé par Simone Korff-Sausse s'appuie sur une psychanalyse contemporaine – enrichie par les conceptions bionniennes – qui fait « plus place au corps et moins au langage » en tenant compte des mécanismes relevant du « psychique non-verbal » (2012, p. 25). Ainsi, la rencontre intersubjective, notamment celle du soignant en institution avec le sujet accueilli, produirait une expérience partagée support d'empathie, d'identification et de subjectivation. Nous venons de voir qu'à la maison d'accueil spécialisée, le sujet qui n'a pas accès au langage n'en est pour autant pas exclu tant qu'une expérience est partagée. En reprenant les apports de Wilfried R. Bion, Simone Korff-Sausse (2006 *a*) soutient qu'« Il y a un décalage entre nos outils de connaissance, et en particulier le langage, et la chose à connaître » (p. 511). Elle propose le concept « d'empathie esthétisante » (2021) pour éclairer l'écoute analytique lors de la rencontre intersubjective, en particulier lorsque la personne ne maîtrise pas la langue :

Une telle réceptivité empathique accueille les éléments perceptifs de la sensorialité primitive, éléments non verbaux ou protomentaux, qui s'expriment et se repèrent dans les images, les couleurs, les paysages, les lumières, les formes, les rythmes, les sons, les ambiances. (p. 403)



Elle propose donc une clinique sensorielle, où le partage d'émotion devient un support relationnel qui recherche la symétrie. Ce serait à l'analyste de mettre en œuvre le passage du sensoriel au verbal, afin de repérer les productions inconscientes du sujet qui sont bien présentes, malgré l'absence de langage structuré (*ibid.*, p. 409). Il ne s'agit pas pour autant d'être « traducteur », la traduction supposant d'être en présence de deux langues élaborées sur le même mode (2006). Il s'agit plutôt, au moyen de l'empathie – dans un mouvement croisé d'identification projective – de permettre de rendre pensable l'expression de l'autre, quelle que soit sa forme (2013 *b*, p. 89).

Le dispositif institutionnel mis en place à la maison d'accueil spécialisée s'appuie sur l'élaboration de projets personnalisés à l'égard de chaque accueilli. Ceux-ci se construisent à l'occasion de réunions de synthèse où l'histoire du sujet est racontée avant que les intervenants ne livrent leurs observations de l'année écoulée. Y sont pensées la façon de s'adresser au sujet, les activités qui lui sont proposées, ses relations à l'environnement qui seraient à faciliter et la spécificité de son accompagnement autour des actes de la vie quotidienne. À cette occasion, nous remarquons l'attention que les intervenants portent à l'accueilli, leur souci de compréhension de son expérience sensorielle et de sa réalité psychique pour que leurs propositions soient les plus ajustées possible. Si nous sommes bien loin du cadre consacré de la cure analytique, nous observons l'effet subjectivant de ces pratiques institutionnelles.

Cette réunion annuelle pour chaque accueilli est une étape essentielle du processus de constellation transférentielle. Lorsque les échanges s'achèvent, nous invitons alors l'accueilli à nous rejoindre afin de lui faire part de la teneur de la discussion qui vient d'avoir lieu, de nos inquiétudes s'il y en a et de nos propositions. Nous lui demandons également d'exprimer son ressenti, et cet échange est évidemment adapté au sujet, à notre façon de nous adresser à lui et de communiquer avec lui. Ce moment de lien est parfois très intense émotionnellement du fait des réactions du sujet à l'attention qui lui est portée et de ce qu'il peut nous en dire, à sa façon. Cette rencontre institutionnelle prend un caractère de reconnaissance qui semble très important pour le sujet, ce qui ne la rend jamais neutre. Très récemment, un jeune accueilli a réussi à nous faire comprendre qu'il souhaitait accéder à des sorties libres dans le parc de l'hôpital, afin d'y rencontrer ses anciens camarades. Malgré un accès au langage très limité, il a pu exprimer ainsi qu'il souffrait de la fermeture sécurisée de l'institution et nous en avons déduit que le bilan de son admission récente ne se limitait pas à constater sa « bonne adaptation ».

À partir de ce travail institutionnel, nous définissons la subjectivation de l'accueilli à la maison d'accueil spécialisée en tant qu'accès à la sensation d'exister en lui et au sein d'un collectif. Son expression subjective, quelle qu'en soit la forme, doit être entendue et prise en compte. Son histoire subjective doit être connue de son entourage institutionnel afin qu'il puisse s'inscrire en tant que sujet différencié vis-à-vis de l'institution en tant que sujet issu d'une lignée familiale et humaine. Ici, le processus identificatoire apparaît intimement lié à celui de la subjectivation.

#### ANIMALITÉ – BESTIALITÉ – MONSTRUEUX : LES FIGURES DE LA DÉSUBJECTIVATION

Dans sa clinique auprès d'enfants atteints de handicap, Simone Korff-Sausse observe que leur image identificatoire est intégrée et constituée très tôt par des liens intersubjectifs emprunts d'humanité. Ce sont nos représentations collectives d'adultes qui soulignent un écart à la norme jusqu'à exclure le sujet de son espèce (Korff-Sausse, 2011 *c*). Insister sur l'appartenance du sujet à une famille, c'est souligner son humanité et son affiliation à une espèce pour faire barrage à nos projections fantasmatiques de monstruosité. « Seul de son espèce, sans semblable, n'est-ce pas exactement la définition de la monstruosité ? », interrogent Cécile Herrou et Simone Korff-Sausse (2007, p. 23).

Le dispositif institutionnel subjectivant, tel que nous l'explicitons jusqu'alors, présente des aménagements qui contribuent à nous soutenir, tant les intervenants que nous-même, dans nos expériences contre-transférentielles. Celles-ci sont en effet fréquemment confrontées à des représentations déshumanisantes difficilement élaborables, qui mêlent monstruosité et animalité. Simone Korff-Sausse (2006 *a*) propose que ce processus soit associé à celui de l'expérience esthétique, en se référant notamment à l'art contemporain. Ce modèle permet de recevoir sensoriellement l'originalité de productions psychiques pouvant sembler hors-sens et faire effraction en premier lieu, afin de les transformer. C'est donc le travail de l'émotion qui prendrait le pas sur celui de l'interprétation, à condition qu'il développe une activité dynamique de transformation, d'après le modèle bionnien de « l'appareil pour penser les pensées ».

Nous avons vu que les représentations fantasmatiques du monstrueux pouvaient être détoxifiées au moyen d'un processus métaphorique ayant recours à l'univers du merveilleux. Nous souhaitons maintenant aborder une dimension fantasmatique qui nous

semble finalement plus troublante que celle de la monstruosité. Lorsque nous sommes confrontée à des manifestations de débordements pulsionnels chez les accueillis, souvent intenses, nous sommes alors traversée par des fantasmes de bestialité qui nous confondent dans un certain malaise contre-transférentiel.

Ce mouvement psychique apparaît partagé. Dans les dossiers, les anciennes observations cliniques sont souvent imagées par des termes éthologiques. Lors de nos échanges avec les intervenants, ceux-ci vont aussi illustrer leurs observations avec des exemples empruntés aux comportements animaliers. Il arrive que ces remarques soient assez crues mais elles peuvent, à l'inverse, témoigner d'un aspect plus affectif lorsque les animaux évoqués sont dépourvus de férocité. Elles empruntent des mécanismes au processus métaphorique, notamment lorsque le sujet est décrit de façon dynamique :

*Tu l'aurais vu, on aurait dit un jeune chien tellement il sautait partout ! Il était vraiment très content de sa promenade !*

*Oh mais quand-même arrête de tout lécher comme ça, c'est dégoûtant, tu n'es pas un chien !*

*Il ne doit pas être bien loin... Quand il fait nuit comme ça il va se coucher dans un coin, c'est un chat en fait. Mais si on lui donne un panier, il ira pas dedans !*

*Oh attention qu'elle ne s'approche pas du réfectoire ! Parce qu'avec son instinct, elle va repérer et tout voler. Regarde comme elle louvoie ! Bientôt elle va grogner quand elle va voir qu'on l'a repérée !*

Nous repérons notamment qu'elles permettent un certain dégagement psychique lorsque le contre-transfert est trop envahissant et non élaboré.

Simone Korff-Sausse (2007 *a*) propose de considérer la figure de l'animal comme une « surface de projection » propre aux cliniques de l'extrême :

Parce qu'il oblige à explorer les zones limites du fonctionnement psychique (déficience, polyhandicap), parce qu'il remet en question l'intégrité somatopsychique constitutive de l'être humain, parce qu'il interroge la procréation, la filiation et la transmission, parce qu'il suscite toujours la question de la vie et de la mort (est-ce que cette vie est digne d'être vécue ?), parce qu'il signe l'absence ou la défaillance de l'autonomie et du langage qui sont les deux grandes fonctions qui spécifient l'humanité, parce qu'il évoque une pulsionnalité non contrôlée : pour toutes ces raisons, le handicap pose la question de l'appartenance à l'humain et interpelle l'animal en nous. (p. 86)

Elle observe que le recours à l'animal survient lorsque nos capacités identificatoires ne sont plus opérantes, notamment quand elles nous confrontent à un registre archaïque difficile à reconnaître. L'image de l'animal permet d'introduire du vivant pour s'écarter du mortifère et ainsi accéder à la part d'humanité que l'on peut aussi trouver chez l'animal, représentation plus acceptable qui fait médiation pour relancer la symbolisation empêchée. L'exemple des contes et légendes ou des Fables de la Fontaine, qui donnent la parole aux animaux, montre ce mécanisme de rapprochement identitaire. « Il s'agit de sortir de l'opposition binaire homme/animal pour expérimenter d'autres agencements identitaires. » (*ibid.*, p. 90). Nous observons un mouvement : le fantasme de bestialité nous écarterait de l'humanité et l'animalité nous y ramènerait par métaphore. Lorsque Simone Korff-Sausse remarque que l'animalité est du registre de la pulsion et qu'elle s'attache à la dimension corporelle, il nous semble en outre que l'identification à l'animal écarte la sexualité de toute velléité perverse, ce qui règle – en partie – le problème posé par l'accès à la génitalité de l'adulte handicapé.

La situation clinique de Monsieur Y. montre comment les intervenants se sont trouvés taraudés par cette alternance de fantasmes de bestialité et d'animalité qui, de plus, se révèlent ancrés dans une transmission institutionnelle transgénérationnelle.

#### *UN CHIEN DANS UN JEU DE QUILLES*

Revenons donc à la visite de François Ruffin.

Quelques mois après celle-ci, le député est venu rencontrer les soignants afin de restituer son expérience. Au cours de sa prise de parole, il évoque ainsi un patient : « Et là, y'avait quelqu'un derrière qui se prenait pour un chien, qui était comme s'il était encore dans un chenil puisqu'apparemment il avait eu à subir ça dans son enfance. » Dans l'auditoire, les soignants savent pour la plupart quel patient est évoqué ainsi, puisque celui-ci est hospitalisé depuis des décennies. Ils semblent tous connaître cette histoire qui nous interpelle.

Dans son livre, François Ruffin (2017) fait le récit de cette rencontre :

Retour dans le couloir, vide à cette heure.

« Ils ont installé des oculus », nous informe Romain.

J'ignorais ce mot.

Ce sont comme des hublots, carrés, en haut des portes, qui permettent de surveiller : « Ce ne sont pas vraiment des chambres d'isolement, me décrit mon guide, mais on voit à travers. »

Je jette un œil.

J'aperçois un corps d'adulte qui se tord sur le lit. Il est recroquevillé, en position fœtale, mais il remue, comme en proie à une douleur. L'homme appuie sur un jouet de bébé, coloré, électrique, qui s'éclaire.

« C'est un patient qui a grandi au milieu des chiens, dans un chenil, m'explique Romain. Là, des fois, il reste au milieu de ses excréments...

– Comme dans son chenil ?

– Oui, vous avez raison : on reproduit le schéma de quand il était jeune. Il n'en est pas sorti. (p. 28-29)

Intervenant depuis quelques temps dans ce service de longue évolution, nous avons aussi vu ce patient à travers l'oculus de sa chambre. Monsieur Y. a un surnom, et à l'entendre, nous avons questionné le fait qu'il soit nommé par tous comme un animal domestique. En réponse, les soignants nous ont alors assuré qu'il ne s'agissait pas d'un nom de chien mais du surnom d'un acteur, d'ailleurs connu pour sa virilité et son panache. Ils nous avaient alors donné l'impression d'être contrariés par notre question maladroite et de s'être ainsi défendus vis-à-vis de ce qu'elle agitait en eux.

Que l'on s'intéresse à ce patient, qui semblait avoir sédimenté dans sa « chambre d'observation », générait du malaise. D'ailleurs, depuis que le député était allé raconter l'histoire à l'Assemblée nationale, c'était un sujet sensible. Les images de l'échange officiel circulaient. Les soignants nous rapportent que la Ministre de la santé aurait répondu à François Ruffin « *que son histoire n'était pas possible, qu'on ne pouvait pas raconter n'importe quoi, que les oculi n'existaient plus depuis bien longtemps en psychiatrie, qu'il existait maintenant des protocoles et des certifications pour garantir la qualité des soins* »<sup>68</sup>. Les soignants du service se disaient que la Direction de l'hôpital devait être « à cran », qu'il allait sûrement falloir supprimer ces *oculi* et trouver un projet

---

<sup>68</sup> Séance du 27 octobre 2017 : Les propos de la Ministre sont sensiblement différents de ce que les soignants rapportent. Le registre formel de sa réponse semble permettre une appropriation interprétative par ceux qu'elle intéresse : « Je tiens à rassurer l'ensemble des députés présents pour dire que les établissements de santé et notamment les établissements psychiatriques sont extrêmement surveillés dans notre pays. Ils font l'objet d'une visite de certification tous les quatre ans et quand ils n'atteignent pas le niveau de certification *ad hoc* ils ont des visites tous les six mois voire tous les ans avec des experts visiteurs qui vérifient l'adéquation des moyens aux missions et la façon dont les patients sont pris en charge et traités, y compris sur le plan humain. Donc on ne peut pas raconter que dans nos hôpitaux aujourd'hui des patients échappent complètement à une certification... »

de sortie pour Monsieur Y. Ils montraient des sentiments partagés et contradictoires. D'une part, ils exprimaient du soulagement à l'idée que l'on s'intéresse publiquement à Monsieur Y., mais aussi à eux. Cette attention portée semblait venir réparer des sentiments d'abandon et de mésinscription propres aux services de longue évolution, comme nous l'avons déjà abordé. D'autre part, ils ressentaient un sentiment de honte en se sentant ainsi pointés comme de « mauvais soignants », aux pratiques d'un autre temps. Auprès de Monsieur Y., ils semblaient s'être enlisés dans une temporalité étirée et l'actualité venait questionner des pratiques qu'ils n'interrogeaient plus, certainement démunis face au grand archaïsme du patient.

Monsieur Y. nous impressionne. Il est petit, trapu, nu au milieu de sa chambre. Lorsque nous y entrons avec l'infirmière, il se précipite vers elle, lui prend la main et l'attire vers la douche. Une odeur d'urine nous agresse. Il ne dit pas de mots mais émet quelques sons ; il lui arrive aussi de crier très fort comme un nourrisson, mais avec une voix d'homme. Nous croisons son regard clair de temps à autre, bien qu'il ne s'intéresse pas à nous. Par contre, il se rapproche de la soignante qui lui caresse les cheveux. Elle nous dit qu'il est « adorable », qu'elle « s'y est attachée ». Il ne sort quasiment plus de cette chambre depuis qu'une tuberculose l'y a confiné il y a quelques années. Lorsqu'il en sort, il s'élanche comme un jeune chien fou. *Un chien dans un jeu de quilles*. Il fonce tête baissée, avec agilité et semble parfaitement connaître les lieux et leurs recoins. Il se précipite sur le cendrier extérieur pour manger les mégots, il retourne les poubelles, la cafetière même si le liquide est brûlant, les pots à eau, ou bien le seau des agents de service. Il file dans les chambres des autres patients pour y prendre des douches et court trempé dans le couloir, d'une chambre à l'autre. Ceux-ci l'invectivent. Monsieur Y. semble constamment à la recherche de l'expérience sensorielle du liquide qui coule sur son corps, qu'il soit nu ou en pyjama. Il ne porte jamais de chaussures et rarement de vêtements mais il peut supporter un pyjama lorsqu'il sort de sa chambre. Dès son retour en chambre, il se dénude. Il souille son lit avec des conduites excrémentielles. Des objets sont indissociables de lui : une quille en plastique rouge, un jeu d'empilement coloré, également en plastique, et une gourde de cycliste, dans laquelle il urine et se prête à des jeux de transvasement. Il est présent dans la relation et semble bien connaître les soignants qui l'accompagnent. Accompagné par certains d'entre eux, il peut posément aller manger seul à une petite table, à la condition qu'une attention soutenue et contenante lui soit portée. Son contact n'est pas de mauvaise qualité, il peut être présent dans la relation ; c'est surtout son lien

à l'environnement et à ses objets qui apparaît troublé. Une enveloppe défaillante semble le confronter sans cesse à l'absence de limites, ce que nous percevons dès nos premières observations. Son lien à l'espace est singulier, sa mémoire des lieux et des objets est évidente et leur immutabilité semble lui procurer satisfaction et réassurance.

Le dossier de Monsieur Y. est imposant, il est constitué de trois gros cartons d'archives remplis d'observations journalières depuis trente ans. Le diagnostic est concis et plutôt cohérent, il passe de l'encéphalopathie à l'autisme. Le patient est né en 1967, en région parisienne. Il est pupille de l'État et nous n'avons aucune trace de sa famille. À l'âge de six ans, il a été accueilli dans un hospice de la région ; il a donc été déplacé de son lieu de naissance. Nous avons vu que les institutions parisiennes « se délestaient » ainsi de leurs incurables dans notre région. Nous comprenons ici que les hôpitaux psychiatriques n'ont pas été les seuls lieux d'orientation de ces patients et que les hospices ont également été mis à contribution pour leur accueil. Aucune note ne précise les conditions de son placement et nous ne trouvons pas d'informations sur son histoire d'enfance, que ce soit avant ou depuis son arrivée à l'hospice. Nul chenil n'est mentionné et nous ne trouvons aucune référence concernant quelque animal que ce soit.

Nous nous tournons alors vers « Romain », l'infirmier qui avait raconté l'histoire de Monsieur Y. – et des chiens – au député, pour lui demander la source de ses informations. Il tient ce récit des « anciens » lorsqu'ils lui ont présenté le patient. « Tout le monde connaît cette histoire », nous dit-il, étonné qu'aucune trace écrite dans son dossier ne confirme sa véracité.

Le jeune patient a été hospitalisé au service des enfants en 1986, à l'âge de dix-neuf ans. Ses troubles du comportement décrits comme très envahissants (« *agitations et violences, automutilations, anorexie* ») n'étaient plus contenus par l'équipe de l'hospice où il vivait depuis 1973 et celle-ci rapportait de grandes difficultés. Dix ans après la loi de 1975, l'institution était en cours de mutation puisque l'hospice devenait « foyer de vie ». Nous l'avons vu avec l'histoire de Monsieur T., les patients aux comportements les plus difficiles à contenir ont ainsi été réorientés en psychiatrie. Après quelques hospitalisations brèves, il a été définitivement accueilli à l'hôpital du fait de l'impossibilité de son maintien dans le champ modernisé et apaisé du médico-social.

Alors, comment comprendre l'émergence et la transmission de ce mythe autour des chiens et du chenil ?

Nous ne savons pas si des échanges à propos des pratiques auprès de Monsieur Y. ont bien eu lieu entre les professionnels du foyer de vie et les soignants de l'hôpital au moment de son passage d'un établissement à l'autre. S'ils ont eu lieu, ils n'ont pas été rapportés dans son dossier et leur transmission orale n'aura pas résisté au temps. Nous pouvons alors concevoir que l'édification du mythe ait pu s'inscrire en réponse à l'absence de récit à propos des origines de l'enfant, qui a un statut de pupille de l'État. L'abandon aurait pour effet de laisser une béance narrative à combler. De plus, contrairement aux enfants accueillis plus jeunes au service des enfants, Monsieur Y. n'a pas d'histoire institutionnelle élaborée. Nous ne savons rien – ou nous ne savons plus rien – de ses années passées à l'hospice. Il est alors impossible d'imaginer quel enfant il était, ni comment il fut traité ou comment ses troubles ont évolué. Ainsi, nous pouvons tout imaginer face à ses conduites archaïques massives, comme le fait qu'aucune place d'humain parmi les autres ne lui ait été octroyée.

Comme nous le rapportions plus haut, les propositions diagnostiques n'ont que très peu évolué dans son dossier, contrairement à la multiplicité de celles que nous avons relevées dans celui de Monsieur F. (I.1.). Il est longtemps resté « encéphalopathe », puis le diagnostic d'autisme est apparu au cours des années 2000. En lisant les observations consignées dans son dossier et en échangeant avec les soignants, nous constatons que ce sont ses comportements qui apparaissent toujours au premier plan. Le discours n'est quasiment jamais psychopathologique. Il nous semble pourtant qu'un discours clinique qui s'appuierait sur son autisme serait susceptible de lui octroyer une dimension humaine, fut-elle déficitaire. À l'inverse, se fixer sur ses comportements archaïques et clastiques semble le maintenir dans un registre d'animalité. Autrement dit, être porteur d'autisme reste une problématique humaine, tandis que vivre au milieu de ses excréments relève de celle du chien dans son chenil.

Pour en savoir plus, nous nous rapprochons alors d'un collègue médecin qui a travaillé à l'hôpital au cours des années 1980. Il nous livre ce récit :

*Nous sommes au pavillon des enfants, mais ils sont déjà pratiquement tous adultes. S'y trouve une grande salle commune avec sur la gauche, une porte bleue ajourée qui donne accès à la verrière. Monsieur Y. vit là, tout nu, comme un chimpanzé. On glissait la gamelle par-dessous cette porte et il nous la balançait, vide ou pleine, au-dessus.*



*Il n'a aucune relation avec les autres. Il est impulsif, potomane ; il a une dextérité et une force incroyables. Il est impossible de le confronter aux autres, il les bouscule et les frappe. Dans le collectif, c'est un chien dans un jeu de quilles.*

*Je proposais : « On pourrait au moins essayer de l'habiller ? » Plusieurs tentatives ont été lancées pour tenter de l'apprivoiser. Mais si vous le traitez comme une bête, il se comporte comme une bête.*

*Puis, en 1992, le service doit déménager dans un autre pavillon. Y. [il le nomme par son surnom] doit quitter sa verrière, mais on ne sait pas trop quel autre espace lui proposer. Provocateur, en raisonnant par l'absurde, je lance : « On n'a qu'à lui construire une cage ! » L'idée se communique, les agents s'exécutent et installent un espace clos dans la cour, avec des grilles. Lorsque les infirmiers ont découvert le résultat, ils ont été choqués, c'était insupportable. Cette histoire de chenil ne viendrait-elle pas de là ?*

*Je fais beaucoup d'éthologie, notamment avec Y. Mais il n'a rien d'un chien. Ses attitudes archaïques, sa position dans l'espace me font penser à l'archéo-cerveau de l'orang-outan, ou du bonobo si tu préfères. Oui nous sommes sur un terrain simiesque, celui des grands singes rwandais.*

*C'est un tout-nu. Nous en avons eu plusieurs dans l'hôpital. Il faut alors chercher ce qui les différencie de l'animal. Les habiller était une solution. On allait acheter de grosses combinaisons épaisses, conçues pour le travail. C'était une seconde peau, ça remplaçait le pelage. À tout prix, nous allions chercher de l'humain chez eux.*

*Malgré ces apparences, la démarche des soignants est très humaine et remplie d'affection. Mais avec Y, c'est un travail compliqué : il file, il glisse, il est insaisissable ! Surtout quand il va chaparder parce qu'il a repéré quelque chose à avaler. Il a une grande appréhension du groupe, c'est pour ça qu'il n'a pas pu intégrer la maison d'accueil spécialisée quand elle a ouvert. Il risquait trop de déstabiliser les autres.*

En sus de faire une proposition cohérente pour la résolution de notre énigme à propos du mythe du chenil, le récit de ce médecin propose une comparaison simiesque intéressante. Fernand Deligny disait de Janmari qu'il « était preste comme un chimpanzé » (1967, p. 640). D'ailleurs la description de Monsieur Y. présente des similarités avec le Janmari que Deligny accueillait. En particulier sa fascination pour l'eau, puisque Janmari pouvait faire de longues courses dans la montagne jusqu'à s'immobiliser face à un filet d'eau jaillissant des roches. Leur sensibilité à l'espace et à l'immutabilité des objets est aussi un point commun. Il arrivait que Janmari s'éveille la nuit, aux prises avec une grande angoisse, jusqu'à aller retrouver un caillou, des peaux d'orange ou un morceau de

céramique oubliés là. Il en retrouvait l'endroit avec une précision étonnante, comme Monsieur Y. lorsqu'il va débusquer le cendrier ou le chariot de l'agent de service. De la montagne cévenole aux couloirs d'un service de longue évolution, comme pour nombre d'autres accueillis, nous nous demandons alors si le destin de Monsieur Y. n'aurait pas pu être différent s'il avait croisé Fernand Deligny...

Dans les propos du médecin, la question de la peau et de l'habit apparaît également heuristique et se croise avec notre propos sur les fantasmes d'animalité. La nudité au cœur d'un espace collectif et normé implique des projections identificatoires hétérogènes, du registre de l'intime. Alors qu'elle pourrait mettre en évidence l'appartenance du sujet à une lignée humaine, son effet s'avère inversé. Elle met en évidence nos besoins primaires qui sont finalement ceux que nous partageons avec les animaux. Ce serait donc l'habit qui fait l'humain civilisé. À la maison d'accueil spécialisée, les intervenants semblent mettre un point d'honneur à ce que les accueillis soient toujours habillés avec soin. Les achats de vêture s'avèrent être une préoccupation majeure lorsque nous mettons au travail les pratiques du référent éducatif.

Régine Scelles (2012) propose une « clinique du beau et de l'esthétique » (p. 195) :

Le beau, l'esthétique seront évoqués comme facteur potentiel de bien-être psychique et de valorisation individuelle et collective. Ce faisant, il sera envisagé, dans l'environnement proche de la personne, ce qui est beau sur elle, ses habits, sa coiffure et aussi son sentiment profond d'être belle, ou encore, les enveloppes visuelles, olfactives, plus généralement sensorielles, qu'elle vivra subjectivement comme « belles », ce qui implique la subjectivité individuelle, culturellement et familialement construite. (p. 196)

Elle constate les effets narcissiques du « beau », tant pour celui qui l'affiche que pour celui qui le contemple. Dans le cas de la grande dépendance des accueillis, il nous semble aussi que le « beau » est un médium, dans la mesure où l'apparence du sujet relève de la réalisation de celui qui l'a soigné et habillé. « C'est comme si la beauté de ce malade, finalement, rendait « belle » la relation avec lui et qualifiait aussi les acteurs de la scène. », écrit Régine Scelles (p. 199). Si son habillement inscrit le sujet dans une culture collective, elle constate à l'inverse que ne pas prendre soin de la personne handicapée consiste à maintenir sa différence identitaire et culturelle, et de surcroît sa désaffiliation sociale.

C'est donc habillé que Monsieur Y. a pu être accueilli à la maison d'accueil spécialisée, deux ans après la visite du député. Celle-ci avait activé la nécessité de repenser la prise

en charge du patient. La maison d'accueil avait alors été envisagée comme une solution d'accueil à long terme. Le projet s'était construit de façon progressive. Les intervenants lui rendaient visite dans son service, pour tenter d'instaurer un lien susceptible de faire transition. Les soignants du service proposaient à Monsieur Y. de sortir plus souvent de sa chambre, notamment pour qu'il supporte de manger parmi les autres patients de façon régulière.

Le jour de son transfert a fait événement, un soignant s'était démené pour lui trouver des chaussures afin de compléter son équipement d'humain. Arrivé dans l'institution, il est resté assis au sol un long moment, immobile, semblant être aux aguets et refusant même d'enlever son blouson. Son adaptation à son nouveau lieu de vie a été remarquable durant les semaines qui suivirent. Il semblait alors avoir subitement rompu avec les comportements de son ancienne vie. Il passait de longs moments installé sur un canapé, paisible parmi les autres. Sa chambre ne fermait pas à clé, il y était conduit pour y passer des temps assez brefs puis il suivait les intervenants qui le guidaient d'un espace à un autre. Il respectait les règles collectives, comme se séparer de ses objets autistiques lorsqu'il fallait passer à table. Alors qu'il mangeait en tailleur sur une chaise là-bas, il acceptait ici de poser les pieds au sol. D'aucuns se félicitaient de la réussite d'un tel changement et de la facilité de son adaptation. Ils pensaient que le dispositif institutionnel l'avait libéré de ses angoisses autistiques. D'autres s'inquiétaient quand-même d'une telle adéquation jugée un peu trop adhésive et s'interrogeaient quant à la disparition du sujet du fait d'un dispositif peut-être trop normatif. Cette idée de l'absence du sujet, qui aura duré plusieurs semaines, nous semble plutôt cohérente puisqu'il avait à répondre aux nombreuses règles institutionnelles qui tentaient de le ritualiser conformément au rythme quotidien de son nouveau groupe. Pourrions-nous parler ici de domestication ?

Puis peu à peu, les angoisses primitives de Monsieur Y. se sont à nouveau exprimées. Il se dénudait de plus en plus souvent, recherchait les points d'eau, les poubelles et les cendriers. Ses conduites excrémentielles ont également repris de plus belle. Il pouvait crier durant plusieurs heures et les intervenants se montraient fort démunis, aucune de leurs propositions ne semblaient à même de l'apaiser. Ils étaient unanimes pour constater son agitation et leur impuissance.

*Une fin d'après-midi, nous le vîmes faire irruption à vive allure dans un groupe qui n'était pas le sien. Plusieurs accueillis étaient installés dans les fauteuils du coin salon et regardaient la télévision. Il fonça vers le meuble qui contenait le poste et la chaîne hifi,*

*força les portes pourtant fermées à clés dans un geste prompt et assuré. Il saisit une des enceintes acoustiques de l'appareil, la fendit en deux pour s'emparer du coffrage en bois, arracha les fils puis fila avec son trophée vers une salle de bain, sous les hurlements des accueillis qui avaient assisté à la scène, désemparés. L'effraction n'a pas duré une minute. Nous étions présente mais dans l'incapacité de stopper son geste tant il nous a sidérée. Il semblait ne pas nous entendre ni nous voir, son énergie pulsionnelle paraissait alors le submerger. Il n'y avait aucune destructivité dans ce mouvement. Tout comme pour Monsieur I. (I.2.), c'était la quête qui semblait l'animer. Toutefois, le geste était dépourvu de ludisme, il fut accompli sans aucune dimension relationnelle. De plus, la quête n'était pas l'objet mais son usage dont la finalité était de pouvoir s'asperger. Nous percevions chez lui une grande tension dont l'apaisement semblait conditionné à la sensation de l'eau sur son corps.*

*Dans l'après-coup, et encore aujourd'hui, nous nous demandons comment, dans un groupe qui n'est pas le sien, il a pu repérer qu'un tel objet se trouvait à cet endroit, derrière ces portes fermées, et que d'une enceinte, il pouvait obtenir un contenant...*

Plus aucun lieu ne semblait le contenir. Il avait découvert toute l'étendue architecturale de l'institution – nous situons d'ailleurs le basculement au moment où il a expérimenté l'exploration – et il se déplaçait rapidement dans tous les espaces, souvent à la recherche de contenants et de points d'eau. Monsieur Y. était parfaitement repéré dans l'espace mais semblait dans l'impossibilité d'intégrer sa tridimensionnalité. Contrairement à celle d'un service de psychiatrie, les portes de l'institution ne sont pas verrouillées. Seules les portes extérieures et celles de l'administration restent fermées. C'est un principe institutionnel de libre-circulation. Monsieur Y. semblait s'y confronter comme s'il était face à un puits sans fond.

Toute son énergie semblait mobilisée par la recherche de points d'eau pour s'asperger. Il était spectaculaire de le voir attendre le détournement de l'attention d'un agent de service pour décrocher le seau rempli de son chariot, puis le retourner brutalement au-dessus de sa tête dans un grand fracas. Il n'y avait là aucun jeu. L'eau paraissait lui donner la gravité qui lui manquait, le solidifier pour pouvoir ressentir les limites de son corps dans cet espace diluant. Cette sensation, que nous pouvons penser différenciatrice dans son cas, l'apaisait quelques temps et stoppait sa course dans cet espace indéfini. Wilfried R. Bion (1963) nous a mis sur la voie de cette quête du détachement, ici psycho-sensoriel, dont avait pu souffrir Monsieur Y. :

En résumé : le détachement ne peut être atteint qu'au prix de sentiments douloureux de solitude et d'abandon éprouvés : 1) par l'héritage mental animal primitif dont il s'agit de se détacher, et 2) par les aspects de la personnalité qui réussissent à se détacher de l'objet examiné – objet que la personnalité vit comme indissolublement lié à la source de sa viabilité. L'objet examiné apparemment abandonné est l'esprit primitif et l'aptitude sociale primitive de l'individu en tant qu'animal politique ou groupal. La personnalité « détachée » est en quelque sorte inexpérimentée et doit se consacrer à d'autres tâches que celles pour lesquelles ses composantes sont généralement mieux adaptées, à savoir la tâche d'examiner l'environnement – à l'exclusion du soi ; une partie du prix à payer est un sentiment d'insécurité. (p. 23)

Si Bion évoque ici le processus de séparation expérimenté de part et d'autre de la relation analytique, son propos nous indique toute la souffrance ressentie par Monsieur Y. dans son impossibilité à se différencier lorsque son environnement ne s'avère pas suffisamment contenant, donc insécurisant. Si nous repensons à l'époque de la création de l'institution, lorsque tous les anciens patients ont été accueillis, ceux-ci l'ont été dans une configuration d'indifférenciation. C'est de façon très progressive qu'ils ont pu se détacher – plus ou moins – au gré de la construction du dispositif institutionnel qui se trouvait alors pourvu d'une grande malléabilité. Au fil des ans, la structure s'est progressivement rigidifiée dans un fonctionnement « rodé » qui, s'il s'avère structurant pour certaines personnalités, n'a pas pu l'être pour Monsieur Y.

De plus, la béance de son histoire ne nous a pas permis de construire et d'introduire une identité narrative afin d'élaborer un support contre-transférentiel suffisamment étayant chez les intervenants. Peut-être que le mythe de son enfance parmi les chiens aurait pu jouer ce rôle si nous ne l'avions pas déconstruit.

Enfin, pouvons-nous relier ici une alternance de représentations fantasmatiques de bestialité et d'animalité et de nombreux mouvements défensifs chez les intervenants ? Durant la première période où Monsieur Y. s'est prêté à l'expérience du conditionnement, il a su répondre à une volonté d'assignation à l'humanisation de ses comportements. Sa gourde remplie d'urine n'était plus accessible, il devait s'habiller, se rendre aux toilettes pour y déféquer. Si ses capacités à répondre au cadre imposé ont été valorisées, le renoncement à ses anciennes habitudes n'a pas pu être questionné. Leur fonction économique intrasubjective semble avoir été déniée face à de grandes résistances éprouvées dans l'intersubjectivité.

Il a donc dû être hospitalisé de nouveau, contenu par les portes fermées du service, mais aussi par la plus grande malléabilité des soignants de psychiatrie. Voici qui nous ramène au concept de liminalité, auquel nous faisons allusion à la source de notre réflexion sur l'éducabilité.

## LIMINALITÉ

*Vivre à corps perdu* est le récit de la métamorphose de Robert Murphy (1990). Professeur d'anthropologie reconnu, il souffre d'une tumeur de l'épendyme qui lèse progressivement son système nerveux central, jusqu'à le rendre tétraplégique. Il relate alors son passage du statut de valide à celui d'invalides et sa confrontation à l'isolement social s'instaurant peu à peu, en parallèle de l'évolution de son handicap. Ce témoignage s'avère précieux dès lors que l'expérience subjective de l'auteur est éclairée par son analyse sociologique et anthropologique. Elle met au jour un processus dyadique. D'une part, sa vie sociale et professionnelle se modifie. Les relations qu'il entretenait avec ses pairs régressent sous le joug humiliant de son image dégradée trahissant « l'idéal américain ». D'autre part, il rapporte l'altération de son identité, associée à un fort sentiment de honte et de culpabilité l'assujettissant au repli :

L'infirme est un individu aliéné : son ancien moi, soigneusement entretenu et hermétiquement conservé, a été remplacé par une identité nouvelle, étrangère et importune. Il est dès lors séparé des autres par un mécanisme à double détente : en raison de la dépréciation de sa propre image, il a tendance à s'éloigner de ses anciennes relations et à rechercher l'isolement social. Et, comme si elle collaborait de façon furtive à cette entreprise de retraite, la société – du moins celle des États-Unis – aide le handicapé à se cloîtrer. (p. 154)

L'histoire de *La métamorphose* nous rappelle l'effroi de François Ruffin, confronté à la vision du corps de Monsieur Y. à travers la vitre de l'oculus de sa porte de chambre. En constatant la rupture du mécanisme identificatoire de ses pairs à son égard, Robert Murphy rapproche alors sa situation de celle de Gregor Samsa, le héros de Franz Kafka<sup>69</sup> devenu subitement une créature répugnante. C'est ainsi qu'il se qualifie de « semi-humain » en décrivant son sentiment de glissement progressif hors de la communauté

---

<sup>69</sup> Il est devenu une référence pour nombre d'auteurs du champ de la clinique du handicap pour son développement littéraire de l'*insight* du sujet handicapé.

humaine. C'est donc ici que se situe l'expérience de la liminalité, qu'il traite comme un rite de passage, un état de seuil :

Les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni morts ni pleinement vivants, ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur. Ce sont des êtres humains, mais leur corps sont déformés et fonctionnent de façon défectueuse, ce qui laisse planer un doute sur leur pleine humanité. (p. 184)

La « lutte pour l'autonomie » de l'auteur s'engagera donc pour maintenir son statut, sa place parmi les hommes, notamment en poursuivant son travail d'enseignant-chercheur, bien qu'il fasse le choix d'étudier les Américains handicapés moteurs plutôt que les Mundurucus du Brésil. Le soutien d'une activité valorisant son efficacité intellectuelle supérieure lui permet en outre de compenser sa diminution physique qui engage également son identité et son intégrité sexuelles. Robert Murphy décrit tous les efforts déployés pour tenter de se maintenir auprès de ses semblables, pour s'arrimer à un point d'équilibre qui se situerait au-delà du seuil liminal. Son combat consiste à prendre l'avantage, notamment vis-à-vis de ceux qui l'ont perdu en basculant vers la monstruosité.

Robert Murphy instaure aussi une limite à sa condition de sujet handicapé en insistant sur ses capacités intellectuelles, qu'il tient pour supérieures à un certain nombre de personnes valides. À plusieurs reprises, il se distingue du malade mental ou de l'arriéré mental dont Irving Goffman a décrit les stigmates. Il nous semble alors se détourner de l'expérience subjective de celui dont la déficience intellectuelle profonde empêche toute élaboration des convenances culturelles et sociales et qui, de ce fait, pencherait du mauvais côté de l'équilibre inféré par ce seuil liminal. Si nous revenons aux accueillis de la maison d'accueil spécialisée, être en-deçà du seuil nous renvoie au concept de mésinscription, si difficile à définir autrement que par la figure en creux de l'*homo universalis* :

Qu'il n'y ait pas de mot usuel pour nommer cela, et que toutes les approximations qui apparaissent soient soumises à une obsolescence accélérée, ne doit rien au hasard. Car il s'agit par définition même de l'Innommable, – innommable parce qu'impensable –, qui n'apparaîtra du coup dans la langue que sous forme de ce que je nomme des « signifiants-balises » : signifiants qui au lieu de *représenter* un signifié en marquent la place *en creux*, et qui ainsi balisent dans le champ de la représentation les « trous » laissés par l'irreprésentable. (Henri, 2004, p. 201-202)

Alain-Noël Henri révèle ici que la mésinscription nous confronte au néant, à une entité encore bien plus profondément enfouie en nous que l'*inquiétante étrangeté* freudienne. Nous repensons à la sidération de François Ruffin qui a eu recours au mythe pour pouvoir se représenter sa vision de derrière l'oculus, celui-ci devenant en quelque sorte son bouclier de Persée. Si Alain-Noël Henri montre ensuite toutes les constructions proposées par la société néo-industrielle pour tenter de l'endiguer, il nous semble que le fantasme de bestialité est un premier pas pour ramener l'innommable vers du reconnaissable, l'animalité étant ensuite une version plus assimilable psychiquement de la bestialité.



## SYNTHÈSE CONCLUSIVE

Ce chapitre traite de la rencontre et du lien avec le sujet aux pathologies de type archaïque. Au-delà de l'*inquiétante étrangeté* qu'il renvoie, c'est bien l'absence de parole qui, dans un premier temps, semble faire achopper la relation. Qu'il que nous soyons, jeune professionnel, psychologue expérimenté ou député, la rencontre mobilise notre corps et nos propres angoisses primitives qui, si elles ne sont pas contenues, annihilent les limites entre le soi et le non-soi, mécanisme qui risque de nous mener à des édifications défensives pour résister à l'aspiration de l'indifférenciation. La rencontre avec l'archaïsme met aussi à l'épreuve nos capacités identificatoires, lorsqu'elle nous sidère au point d'en oublier les mots. Le recours à un tiers s'impose pour médiatiser ce lien afin d'envisager l'altérité dans sa singularité mais aussi dans son appartenance au monde parlant qui nous entoure tous deux.

Nous proposons alors que l'histoire du sujet puisse constituer un *medium* différenciateur.

C'est à partir de ce principe que nous avons tenté de définir mais aussi de caractériser notre démarche anamnétique. En psychologie clinique, construire une anamnèse implique d'organiser des éléments factuels de l'histoire de vie tout en tenant compte de la complexité des mouvements inconscients et en particulier de son activité fantasmatique. C'est ici que notre travail nous semble différer de celui de l'historien. Non pas que la démarche de l'historien ne soit qu'objectivité régie par un contrat de vérité, comme le met en tension Paul Ricœur (2000). Celle-ci implique de faire des choix subjectifs, selon son propre "jugement d'importance" (1955, p. 33) qui va orienter sa sélection des événements et organiser leur rapport les uns vis-à-vis des autres. Ricœur observe également que l'historien s'inscrit dans un processus imaginatif lorsqu'après le temps de recherche documentaire, il s'agit de comprendre, d'expliquer, puis de mettre en récit. De notre place de psychologue, il nous semble que nous allons au-delà du processus imaginatif en intégrant une dimension fantasmatique, métabolisée dans le cadre de la rencontre avec le sujet au sein de l'institution. Dans le même mouvement, nous accordons une place importante au processus métaphorisant, susceptible d'aménager un espace identificatoire. En outre, si comme pour la biographie, notre travail de rédaction s'adresse à un lecteur, sa finalité reste néanmoins la mise au travail d'une lecture clinique, propice à la compréhension du sujet tel que nous le rencontrons au quotidien.

L'œuvre de Paul Ricœur nous a été d'une grande aide pour conceptualiser notre travail anamnétique, afin qu'il fasse sens dans notre démarche de psychologue clinicienne. Il nous a permis de comprendre qu'au-delà d'organiser des éléments de l'histoire du sujet, recueillis dans les dossiers, il est un outil clinique qui ne peut qu'exister dans une dimension de partage avec les intervenants qui en prennent connaissance. Ainsi, en paraphrasant Ricœur, l'intelligence narrative est issue de l'imagination créatrice. C'est avec cette dynamique de métabolisation que les traces deviennent des éléments vivaces d'ipséité. Ainsi, l'identité narrative se situerait au croisement du traitement historique et de l'activité fictionnelle qui mobilise le processus imaginatif (1988, p. 277).

Nous avons observé que la réactualisation d'une histoire d'enfance, mais aussi d'engendrement, sollicite de fortes projections identificatoires chez les soignants à qui l'histoire est narrée et transforme leur regard porté sur le sujet. Si dans leur mobilisation contre-transférentielle, il leur est difficile de s'identifier au sujet face à son *inquiétante étrangeté*, ils parviennent toutefois à élaborer leurs projections vis-à-vis de son histoire d'enfance, de sa place perdue au sein d'une famille et de celle qu'il a peu à peu trouvée au sein de l'institution, parmi eux. La rupture passée de la filiation a contribué à la déshumanisation du sujet et le récit de son histoire vise à restaurer le processus de subjectivation ainsi altéré jusqu'à susciter l'empathie qui permettra au sujet d'être reconnu comme un semblable avec qui l'expérience de la vie quotidienne est partageable. Notre travail de mise en récit de l'histoire de l'accueilli s'inscrit dans cette dimension subjectivante. Celle-ci insiste sur l'affiliation du sujet à une lignée familiale d'avant son placement. C'est donc tenter d'aller à l'encontre du glissement identitaire opéré par une hospitalisation de plusieurs décennies, lorsque les origines familiales, sociales et culturelles du sujet tendent à s'estomper et à être oubliées au fil des années. Il s'agit donc de restaurer l'identité de celui devenu, au mieux, « un enfant de l'hôpital » s'il n'a pas été déssubjectivé jusqu'à « faire partie des murs ».

Ce travail de narration contribue au travail de contenance qui se développe au fil des années à la maison d'accueil spécialisée. Il consiste à redéployer la fonction du langage au sein des équipes qui, dans un mécanisme d'engrènement, tend parfois à s'appauvrir, à ne plus être considérée dans sa dimension élaboratrice. Le travail auprès de personnes gravement déficitaires implique une absence de langage instrumental, ce qui a d'importantes répercussions sur l'ambiance institutionnelle.

Cette carence oblige les intervenants à apprendre à utiliser d'autres voies permettant de se maintenir dans le champ du symbolique. Cette particularité clinique implique de nouveaux repères pour s'engager dans le lien intersubjectif, mais aussi pour soutenir l'espace intrapsychique du sujet aux capacités de représentation et de symbolisation précaires. Le travail à la maison d'accueil spécialisée nécessite une mobilisation psychique singulière au quotidien chez ses intervenants, qui développent une finesse d'observation, une attention soutenue et soutenante, ainsi qu'une grande proximité corporelle, sensorielle et émotionnelle.

Nous avons donc étudié les différents mécanismes engagés par la problématique archaïque des accueillis, l'indifférenciation étant le plus significatif, dans la mesure où il implique l'institution dans son ensemble et où son invasivité nécessite de repérer les points de fixation le plus en amont possible.

Nous avons également entrepris de dégager les manifestations clastiques des représentations de dangerosité, concept reliquat de la théorie de la dégénérescence, qui pourtant relève davantage de la psychiatrie médico-légale et de sa mission de maintien de l'ordre public s'appuyant sur le modèle d'une institution autoritaire.

Identifier les conduites archaïques et clastiques dans un registre de « souffrances primitives » (Mellier 2005 *b*) apporte des pistes de compréhension opérantes et propices à des pratiques empathiques et métaphorisantes. Elles permettent aussi de soutenir le déploiement de la « fonction à contenir » non seulement dans le cadre de la relation intersubjective entre l'accueilli et l'intervenant, mais aussi dans une dimension institutionnelle, associée à une dynamique de constellation transférentielle. Nous envisageons celle-ci en l'associant à la triade des fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique (Delion, 2000) puisque Denis Mellier l'articule en trois temps : recevoir, contenir et transformer. Ce dispositif est à soutenir au long cours auprès des équipes, au gré du *turn-over* des intervenants qui restent sujets à l'épuisement professionnel et de l'alternance de périodes de crise ou de créativité qui peut parfois s'inscrire dans la binarité activisme/repli (Fustier, 1999 ; Chavaroche, 2004 ; Mellier, 2018).

C'est ainsi que notre fonction de psychologue clinicienne consiste, d'une part, à porter l'histoire de chaque accueilli afin de produire du sens autour de son identité narrative, qui est à soutenir dans tous les instants. Celle-ci est à relier aux débordements des comportements archaïques et clastiques susceptibles d'exercer un mouvement de *décontenance* chez celui qui l'exprime, mais aussi chez celui qui y est confronté. Elle est

également à comprendre avec une sensibilité aux carences affectives et aux angoisses d'abandon qui, dans notre clinique spécifique, nécessitent qu'on leur porte une attention tout aussi spéciale. D'autre part, notre travail nécessite d'accompagner chaque professionnel, en particulier les nouveaux arrivants, dans sa capacité à comprendre le sujet aux pathologies de type archaïque dans une dimension psychopathologique et clinique. De là, soutenir l'élaboration de sa pratique lui permettra de développer sa propre « fonction à contenir », assortie de ce que nous appelons souvent « son style éducatif personnel ». C'est ainsi que nous avons observé les aménagements nécessaires qui soutiennent le passage de pratiques *de nursing* aux soins de maternage.

La « fonction à contenir » implique que nous puissions reconnaître l'autre dans un mouvement identificatoire qui l'assigne à sa place de sujet. La subjectivation est intimement liée au processus de symbolisation qui, lorsqu'il est efficient, permet à la personne d'accéder à une appropriation subjective de son expérience et à sa différenciation intrapsychique (Roussillon, 2006). La clinique sensorielle de Simone Korff-Sausse (2021) propose d'appuyer le lien intersubjectif, lorsqu'il est non verbal, par un partage d'émotion, au moyen d'un mouvement « d'empathie esthétisante ». Nous proposons alors de nous appuyer sur le concept d'identité narrative afin de soutenir le processus de subjectivation qui inscrit la personne en tant que membre d'une lignée et d'une société. La subjectivation, c'est aussi se sentir exister, seul ou parmi les autres dans un environnement suffisamment contenant.

Mais il arrive également que le processus identificatoire échoue et que nos projections fantasmatiques envahissent la relation avec l'autre, en altérant nos interprétations contre-transférentielles. Nous sommes alors confrontés à des fantasmes déshumanisants de bestialité ou de monstruosité, l'utilisation de l'animalité pouvant être plus nuancée et métaphorique.

Avec la situation clinique de Monsieur Y., nous avons vu de quelle façon pouvaient se développer ces fantasmes de bestialité et faire achopper la « fonction à contenir » institutionnelle, tant architecturale qu'intersubjective avec des intervenants ayant perdu toute capacité identificatoire. Nous éclairons également un processus de rigidification institutionnelle défavorable à l'accueil de ses angoisses archaïques massives.

Enfin, nous clôturons ce chapitre avec la référence à l'incontournable concept de liminalité dans le champ des cliniques de l'extrême.

## CONCLUSION

Travailler en maison d'accueil spécialisée est un choix singulier qui nécessite une certaine créativité et un ajustement à la spécificité de cette clinique de l'extrême. Lors de notre arrivée dans l'institution en 2011, notre intervention était essentiellement définie dans le cadre de la mise au travail du sens des pratiques professionnelles et du projet institutionnel. Il avait alors été convenu que notre temps d'intervention représenterait une journée par semaine, afin de préserver la distanciation nécessaire à cette place particulière au sein de l'équipe.

Ce travail de thèse s'est donc élaboré durant ces douze années de clinique, bien que notre décision d'entreprendre ce travail doctoral ait été plus tardive. Nous en avons expliqué l'impulsion dans notre préambule. Cette conclusion évoquera davantage le contexte institutionnel, tel qu'il se présente aujourd'hui dans notre quotidien.

Depuis 2011, la vie institutionnelle a connu d'importantes mutations que nous avons évoquées avec l'évolution du mythe fondateur. Les fonctions éducatives et soignantes, mais aussi d'encadrement, se sont précisées. Nos pratiques se sont affinées autour de la notion de projet personnalisé que nous avons envisagée dans une dimension clinique. Notre implication institutionnelle s'est construite avec cette préoccupation essentielle que puisse être soutenu le processus de subjectivation de chaque accueilli. Comme nous l'énonçons souvent, notre travail de psychologue clinicienne à la maison d'accueil spécialisée consiste à faire du lien, auprès des équipes avant tout, mais aussi auprès des personnes accueillies et de leurs familles dès que l'occasion se présente. L'observation, l'écoute et la disponibilité à la rencontre restent nos outils fondamentaux, même si nous devons constamment nous appuyer sur un rigoureux travail d'articulation théorico-clinique afin de ne pas nous laisser happer par l'archaïque qui se déploie au quotidien.

L'ouverture de la maison d'accueil spécialisée en 2003 s'est donc inscrite dans un contexte de transformation institutionnelle : nous avons vu qu'il s'agissait alors d'accueillir les patients déficitaires de l'hôpital dans un lieu de vie, comme le prévoyait l'évolution de la législation.

En nous intéressant à l'histoire institutionnelle, et en particulier à l'époque de fondation, nous avons observé que ses origines sont issues d'un double mouvement : d'une part, elle s'inscrit dans la continuité de l'histoire de l'hôpital psychiatrique d'où proviennent les

patients et d'autre part, elle doit s'en détacher pour construire de nouvelles propositions à ces anciens patients devenus résidents. Cette problématique faisait alors écho à la volonté politique de rompre avec des pratiques asilaires considérées d'un autre temps et de défendre l'idée d'incarner le projet novateur d'un lieu de vie alternatif à l'hospitalisation. Nous avons vu les effets du conflit que cette position a pu instaurer chez les jeunes professionnels, mais aussi chez les soignants qui avaient à se séparer. En outre, force est de constater que les moyens en termes de quotité de personnels n'ont pas vraiment permis de déployer un projet si ambitieux.

Bien que nous n'ayons pas eu l'occasion de le vérifier d'un point de vue statistique, nous avons connaissance d'un mouvement national. Plusieurs établissements publics de santé mentale français ont eu recours à la création d'établissements médico-sociaux – essentiellement des maisons d'accueil spécialisées et des foyers d'accueil médicalisés – afin d'y orienter leurs patients déficitaires et de réduire ainsi leur nombre de lits d'hospitalisation au long cours. Il serait intéressant d'enquêter afin d'observer si cette problématique contradictoire se développe dans tous les établissements publics et le cas échéant, si la problématique qui en résulte s'avère similaire d'une institution à une autre. À propos des accueillis, nous savons qu'une génération entière se trouve dans la même situation de relégation.

Parmi d'autres, Philippe Chavaroché envisage depuis très longtemps ce mouvement institutionnel de « vases communicants » entre le champ de l'*ex-psychiatrie* et celui du *néo-médico-social*. Dans la préface de l'un de ses ouvrages, qui est dédié aux équipes des maisons d'accueil spécialisées, donc dès 1995, Pierre Delion rapportait que leur création suscitait déjà des réticences « en ce qu'elles risquaient de devenir des lieux d'asiles périphériques habilités à recevoir les personnes les plus déficientes, les plus régressées, les plus handicapées sans en avoir les moyens non pas tant matériels qu'humains » (p. 7). Lise Demailly (2012) tient un discours similaire en évoquant la possibilité de voir les espaces se cloisonner dans le modèle de « *santé mentale sous anarchie organisée* », avec « des concentrations asilaires [qui] se reconstitueraient dans le médico-social pour les patients pauvres », alors que dans le « *modèle autoritaire* », « le médico-social [serait] dévoué au gardiennage et à la contention » (p. 11-12). La crise actuelle de l'embauche, qui contraint les établissements médico-sociaux à d'importantes carences de personnels, ne leur donne pas tort. Le *turn-over* des équipes que nous observons à la maison d'accueil spécialisée et l'énergie que nous déployons pour soutenir

des intervenants sensibles à la dépressivité sont des indices qui révèlent la complexité de cette étape transitionnelle.

L'avenir des institutions médico-sociales reste difficile à prédire. La récente disparition du métier d'aide médico-psychologique, « profession emblématique du secteur » (p. 35) pour Philippe Chavaroche (2021) montre un changement de paradigme : le titre devient « accompagnant éducatif et social ». « On n'aide plus, on accompagne » (...) « Et le « médico-psychologique » a été jeté aux oubliettes au profit de l'éducatif et du social. », écrit-il (p. 37-38). Nous observons de notre côté que les contenus de formation ont été modifiés, le module d'enseignement spécifique de la psychologie étant logiquement supprimé. Nous commençons à ressentir les effets de ce bouleversement. Comme nous l'avons évoqué, les nouveaux professionnels fraîchement formés abordent le sujet avec des techniques de *nursing* indifférencié par les protocoles de soins, et demandent un certain temps pour comprendre et développer leur « fonction à contenir ». Philippe Chavaroche conclut : « À ne positionner les AES que sur le seul pôle social, ne risque-t-on pas de rendre bancal l'accompagnement des personnes pour qui cet équilibre dedans-dehors doit être soutenu ? » (*ibid.*, p. 40).

Comme nombre d'acteurs le défendent aujourd'hui, il nous paraît essentiel de nous maintenir dans cette posture clinique de *holding* du *holding* auprès des équipes, et de déployer, autant que possible, des dispositifs métaphoriques et interprétatifs d'analyse des pratiques, de soutien aux équipes mais aussi de diffusion des concepts de psychologie clinique organisateurs de la vie quotidienne et du lien au sujet aux pathologies de type archaïque. En outre, il reste la troisième option proposée par Lise Demailly (2012), celle de la « *santé mentale communautaire* » qui soutiendrait des pratiques sociales et humaines au cœur d'un fonctionnement collaboratif. Gageons que le secteur médico-social puisse se développer dans le sens de ces valeurs, où la rencontre humaine, la créativité et le désir des intervenants organiseraient les pratiques. Si une question identitaire ne cesse de se poser depuis l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée en interrogeant le développement d'un établissement médico-social au cœur d'un hôpital, cette dynamique pourrait alors être conçue comme une articulation intégrant une dimension thérapeutique aux propositions éducatives et non comme une opposition.

De notre place institutionnelle, notre orientation théorique tente d'accompagner l'équipe de la maison d'accueil spécialisée dans cette réflexion soutenant l'originalité de ses pratiques éducatives au cœur d'un univers sanitaire.

Auprès des accueillis, le sens à donner aux actes de la vie quotidienne nous apparaît donc indispensable. Il s'appuie sur une dimension relationnelle qui mobilise intimement chaque professionnel. Nous l'avons vu, le travail en maison d'accueil spécialisée n'est pas d'emblée un travail très valorisant, lorsque nous le considérons sous les aspects très lourds et parfois envahissants du quotidien ritualisé et de la grande dépendance. Si nous travaillons cette question du sens depuis des années au niveau institutionnel, nous observons néanmoins que chaque épisode de crise vient révéler la difficulté de ce travail de proximité, jusqu'à engager les équipes dans une certaine dépressivité et une impossibilité à penser leurs pratiques.

Le sens des pratiques est soutenu par une dynamique de projets personnalisés, de projets d'activités, de projets collectifs et institutionnels, mais aussi par un positionnement référentiel auprès du résident et de sa famille. Le fonctionnement de l'institution est donc organisé en ce sens, dans l'idée de maintenir une dynamique créative susceptible d'alléger la ritualisation de la vie quotidienne. Néanmoins, nous avons vu combien travailler avec l'archaïque et le clastique mobilisait une tension psychique qui, si elle n'est pas métabolisée, génère des états d'anxiété, voire d'angoisse et des manifestations défensives ou dépressives qui sont à repérer en amont de l'isolement suscité par ce mal-être.

Nous sommes également confrontés chaque année à des décès parmi les accueillis dont la génération avance en âge. Nombre d'entre eux se grabataisent et deviennent de plus en plus empêchés et dépendants. Le rapport à la fin de vie et au deuil est toujours à travailler auprès des équipes. Les échanges sur ce sujet, auparavant tabou, se libèrent peu à peu et nous observons que certains intervenants tentent de se dégager du vécu traumatique occasionné par des décès plus anciens, qui n'avaient alors pas pu être pensés ni soutenus collectivement. Nous avons vu combien travailler au long cours auprès de personnes déficitaires et souvent sans famille implique un engagement affectif qui s'avère finalement nécessaire pour qu'un travail relationnel de proximité auprès du sujet soit efficient. Ainsi, le travail de deuil prend une certaine dimension dans l'institution et s'avère inévitable. Ces dernières années, les intervenants commencent à intégrer l'idée que ce lieu de vie puisse également être un lieu de fin de vie et que leur accompagnement doive se situer dans un registre palliatif. Toute la nuance étant de ne pas entrer pour autant dans un registre mortifère.

Une nouvelle problématique s'est développée avec le récent contexte sanitaire et un état post-traumatique provoqué par l'irruption de la Covid-19 en 2020. La période de



confinement a été traversée au moyen d'une rigidification de l'enveloppe institutionnelle, mettant en acte la rupture entre dedans et dehors, ce qui est une problématique repérée à la maison d'accueil spécialisée lorsque nous prenons en compte son héritage asilaire. De nombreuses activités et évènements institutionnels ont été annulés, contexte qui a maintenu les équipes dans des préoccupations sanitaires. Dans les suites de cette crise, les intervenants ont montré de grandes difficultés à se relancer dans une dynamique de projets, malgré la fin des mesures de confinement. Les épisodes de crises institutionnelles engendrent à chaque fois de l'insécurité, des mouvements de places et de fonctions, une attaque de la fonction contenante institutionnelle, tant pour les accueillis que pour les intervenants. L'institution a donc traversé un épisode de déliaison engageant un *turn-over* qui a déstabilisé à nouveau le fragile équilibre institutionnel, alors soumis à la répétition. Dans ce contexte, nous sommes confrontée à un épuisement de l'appareil réflexif institutionnel qui laisse place à des situations conflictuelles, d'attaque et de plainte au sein de l'équipe paraissant privée de son accès à la créativité, à la contenance, ainsi qu'au travail clinique.

Un cadre institutionnel structurant est toujours à soutenir, vis-à-vis d'une équipe dont les projections abandonniques l'amènent, dans une répétition, à éprouver sa constance. Si nous savons maintenant que la démarche clinique soutient celle de la compréhension fine du sujet par chaque intervenant, de nouvelles pistes de réflexion restent à approfondir quant à l'effet thérapeutique de l'institution dans sa globalité. Nous tâchons donc de porter de l'attention à chacun afin de lui proposer des moyens de réfléchir à son positionnement au sein de l'équipe institutionnelle, afin de réactiver sa potentialité de contenance fragilisée. Si la démarche institutionnelle s'avère clarifiée aujourd'hui et mise en sens, il appartient encore aux acteurs de réussir à s'en imprégner et à s'en emparer au quotidien puis dans la durée, l'évolution des pratiques demandant toujours de nouveaux investissements qui viennent faire rupture avec des usages parfois anciens, ou qui s'installent sans être pensés. Notre travail de psychologue clinicienne se déploie en ce sens. En dehors des temps de réunion bien définis, nous continuons à réaliser un travail moins visible au fil de notre présence dans l'institution. Dans les interstices et lors de nos passages informels au sein des unités, nous avons l'occasion d'échanger et là aussi d'exercer notre rôle de « conteneur » en écoutant les interrogations et difficultés des intervenants, pour ensuite soit les rassurer, les soutenir, soit les questionner afin d'apporter des pistes de réflexion qui leur permettront d'amorcer une dédramatisation. Il

s'agit là de faire « césure » lorsque la pensée est parasitée ou sous l'emprise d'un quotidien persécutant et/ou envahissant. Aussi, nous prenons le temps de nous adresser aux accueillis pour leur montrer de l'attention et solliciter des échanges, souvent en réponse aux inquiétudes exprimées des professionnels et pour continuer de soutenir leur identité narrative *via* le travail anamnétique.

C'est au moyen d'une réflexion commune que l'équipe développe sa résistance lorsque des événements de la vie institutionnelle menacent de fissurer l'unité du travail collectif de contenance. S'engager dans une démarche de projet est aussi un facteur qui lui permet d'élaborer ses assises professionnelles, spécifiques à l'institution. Un important dispositif de réunions est institutionnalisé. Il permet de libérer la parole dans un lieu où, nous l'avons vu, l'archaïque nous confronte à l'absence de langage verbal. Il a aussi pour fonction de conceptualiser les pratiques dans une démarche clinique, position qui nous semble tout à fait pertinente au vu de la problématique singulière des accueillis.

Pour conclure à propos de ce travail de recherche de psychologie clinique, nous pouvons évoquer la difficulté que nous a parfois posée notre double posture. Être à la fois au cœur de l'institution, dans un positionnement de terrain, et dans l'extériorité de la recherche n'a pas été sans nous poser problème. Nous avons pu mettre au travail cette problématique lors de nos séances de supervision analytique. Il nous est alors apparu combien notre démarche de recherche a soutenu notre travail clinique dans ce champ des cliniques de l'extrême, si éprouvant psychiquement. Ainsi a-t-il étayé notre constance dans une institution où les professionnels ne font habituellement pas carrière. En outre, ce travail a également développé nos capacités réflexives dans un contexte où notre pensée s'est souvent trouvée sidérée, aux prises avec l'archaïque, la déliaison et l'indifférenciation. Soutenir notre réflexion au moyen d'un champ épistémologique transdisciplinaire nous a aussi permis d'enrichir notre compréhension du sujet déficitaire, en dépassant une conception circonscrite par la psychopathologie. Alors qu'il nous apparaissait hors du temps et du monde, envisager le sujet gravement déficitaire dans un registre transgénérationnel nous a amenée à nous intéresser à l'histoire, à la sociologie, ainsi qu'à la philosophie. Notre clinique, réputée « pauvre », s'est alors déployée et enrichie dans le champ des sciences humaines, dans une dimension que nous voudrions métaphorique au destin de ces personnes.

## ÉPILOGUE

*Dancez, dansez, sinon nous sommes perdus !*

*Pina Bausch*

Durant le mois qui suivra la soutenance de cette thèse, la maison d'accueil spécialisée va devenir lieu de résidence artistique pour accueillir une compagnie de danse contemporaine durant huit semaines. L'évènement a lieu dans le cadre d'un dispositif proposé par la direction régionale des affaires culturelles. Les artistes s'intéressent maintenant au monde du handicap et à son altérité. C'est une ouverture heureuse. Ainsi, ils transforment le quotidien, le « hors normes » en originalité, en singularité, et donc en liberté. Ce dispositif a pour titre « Circulation ». Il s'agit en effet de circuler. De donner du mouvement à une institution si souvent confrontée à l'immutabilité. Au-delà d'apporter du plaisir, nous pensons qu'une résidence d'artistes installée un temps dans notre institution pourrait générer des mouvements bien plus profonds chez ses participants. Une expérience artistique permet de se vivre autrement, de découvrir des ressources sensorielles et émotionnelles que l'on ne se connaissait pas et surtout d'entrer dans un autre monde, un monde imaginaire où la restriction de notre réalité s'efface.

Nous avons commencé à imaginer ce projet à l'issue de la crise sanitaire qui a considérablement figé la vie institutionnelle. Nous avons alors besoin d'un événement extraordinaire, pour tenter de revitaliser le lieu de vie, encore sidéré par le traumatisme du confinement. Nous avons ainsi envisagé que chacun pourrait s'y investir afin de partager des moments créatifs, joyeux et réconfortants. Mais, nous l'écrivions plus haut, il ne s'agit pas que d'un mouvement de surface. Simone Korff-Sausse (2017 *b*) soutient depuis longtemps la pertinence d'une inscription de l'art contemporain dans le champ des cliniques de l'extrême :

Une des particularités de l'art contemporain est de faire une large part au corps, le soumettant à toutes sortes d'expériences, de transformations et d'explorations. Le Body Art, bien sûr, mais aussi d'autres mouvements artistiques. En témoigne par exemple le développement de la danse ou l'expression corporelle, au détriment – peut-être ? – du texte. L'action détrônant le fantasme ? L'agir corporel au lieu de la mentalisation ? (Simone Korff-Sausse, 2017 *b*, p. 214)

La problématique archaïque des accueillis à la maison d'accueil spécialisée place la question corporelle au premier plan. Le processus de création artistique, notamment avec la danse contemporaine, représente un moyen de nous engager avec le sujet dans une dimension partagée de l'originnaire et de l'archaïque. En nous plaçant dans le champ de l'expérience dansée, nous mobilisons un registre émotionnel, esthétisant, symbolisant dans une autre dimension que celle du langage verbal (Mellier, 2005 *a*, p. 124-125). Nous nous glissons dans l'espace du sujet, celui de l'enveloppe, du souffle, de l'expérimentation. Sans nous appuyer sur la parole, nous avons choisi, au moyen de la danse, de passer cette frontière pour nous engager, avec le sujet, dans un processus expérimental où ce serait à lui, s'il le veut bien, de mener la danse et de nous guider vers son éprouvé corporel, son mouvement cadencé par son propre rythme.

Pour les sujets à l'expression verbale limitée et aux expériences archaïques, cette rencontre est un moyen de partager leur propre vécu, d'être surpris par l'artiste et par ses propositions, qui seront forcément d'un autre registre que celui de sa vie quotidienne. Pour les intervenants, c'est bien sûr un moyen de découvrir ceux et celles qu'ils accompagnent – parfois depuis longtemps – sous un jour qu'ils ne leur connaissaient pas et donc de développer une relation empathique différente. Ensuite, c'est une proposition psychiquement mobilisante, qui transforme un quotidien sensible à la perte de sens et du désir, pour lui apporter une poésie susceptible de relancer la dynamique perdue.

Je connais le travail de l'artiste pour l'avoir vue intervenir au sein d'une maison de retraite. Elle s'adressait alors à des personnes âgées dépendantes, soit entravées sur le plan moteur, soit atteintes de démence. Avec son approche sensible, elle est allée à la rencontre des personnes mais aussi du personnel de l'institution en tenant compte des contraintes du handicap et du fonctionnement quotidien pour développer des moments artistiques de grande qualité. Alors que j'étais psychologue dans cet établissement, l'émotion d'une participante, dans l'après-coup d'une représentation, m'est revenue en mémoire. J'avais noté ses mots dans mon journal clinique : « Avec la danse, je me suis sentie quelqu'un. Ça ne m'était jamais arrivé comme ça. »

Être quelqu'un. Se sentir exister. C'est bien du côté de la subjectivité que nous attendons la portée du geste artistique. Son univers onirique s'appuie sur la rencontre humaine, mais aussi sur l'expérience sensorielle du mouvement et des fantaisies ou des désordres de l'environnement. La danse s'invite à partir des *circonstances*, à la façon de Fernand Deligny, c'est *agir hors du faire*.

La maison d'accueil spécialisée est architecturalement curieusement structurée. Au centre de l'institution se trouve un espace de 100 m<sup>2</sup>, vide et vitré. Les accueillis n'y ont pas accès mais tournent autour puisqu'il est entouré d'espaces de circulation. Il est utilisé le plus souvent pour les temps de réunion et plus rarement pour des événements institutionnels. La plupart du temps inoccupé, il nous suggère le corps psychotique où le vide et le morcellement sont à l'œuvre. Nous envisageons de l'aménager en salle de danse temporaire, en fonction des besoins des artistes. Ainsi investi, il deviendrait un espace symbolisé, ouvert à tous, au cœur de l'institution, un lieu d'échange, un interstice onirique. Toutefois, il ne s'agit pas que l'action artistique soit cantonnée à cet espace, nous envisageons qu'elle puisse se déployer dans toute l'institution, au gré des opportunités de la vie quotidienne. Il s'agit bien de permettre aux corps de circuler en toute liberté, et de danser !

Le temps d'une résidence qui s'installe dans la durée nous paraît très important, pour que la rencontre puisse opérer et que l'immersion des artistes permette peu à peu l'ouverture vers son univers dans un contexte rassurant et contenant. L'artiste est venue une première fois pour découvrir la maison d'accueil spécialisée. Elle s'est montrée curieuse dans la rencontre et enthousiasmée par les corps des accueillis, qui se promenaient ici et là. Elle s'est un peu balancée auprès de Madame S. qui chantait de sa voix rauque. Elle a noté la posture de Monsieur G., allongé au sol, qui fixait silencieusement le plafond. Elle remarquait leurs corps noueux, repliés dans des postures improbables. « Mais ce sont tous des performeurs ! » a-t-elle remarqué au détour d'un couloir. Leur *inquiétante étrangeté* semble déjà pouvoir être métabolisée par le processus de création. Elle projette donc de travailler à partir de la technique de l'improvisation, pour s'imprégner et accompagner les mouvements naturels des personnes qui viendront à sa rencontre.

Que les portes de la maison d'accueil spécialisée s'ouvrent à la danse contemporaine fait événement dans l'institution et suscite toutes sortes de réactions. Si les intervenants s'inquiètent un peu de la désorganisation que ce projet va impliquer, ils se montrent aussi curieux et semblent finalement enthousiastes pour accueillir l'impromptu. Il nous semble que ce projet ambitieux apporte une attention, une considération qui contraste avec leur tenace sentiment de relégation.

De 1960 à 2023, voici donc nos idiots devenir performeurs et nos terres asilaires se transformer en résidence d'art contemporain. Et si la voie de l'inclusion était finalement celle de la création ?

## BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez de Toledo, S. (2001). Pédagogie poétique de Fernand Deligny. *Communications*, n° 71, p. 245-275.  
[https://www.persee.fr/doc/comm\\_0588-8018\\_2001\\_num\\_71\\_1\\_2087](https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_2001_num_71_1_2087)
- Alvarez de Toledo, S. (2007). *Fernand Deligny Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, éd. 2017.
- Allione, C. (2005). *La part du rêve dans les institutions – régulation, supervision, analyse de pratique*. Paris : Encre marine.
- Allione, C. (2018). *Vocabulaire raisonné de la supervision d'équipe*. Toulouse : Érès.
- Ancet, P. (2011). Vieillesse pathologique et vieillissement des personnes polyhandicapées : quelques enjeux éthiques. Dans : Jeanne, Y., éd. *Vieillir handicapé*. Toulouse : Érès, « Connaissances de la diversité », p. 197-215.
- André-Fustier, F. (2011). *L'enfant insuffisamment bon*. Paris : Dunod.
- Antoine, J. (2010). Une histoire des « lieux de vie » : Influences et prémices. *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 107, n° 3, p. 100-105.  
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-3-page-100.htm>
- Antoine, J. (2010). Une histoire des « lieux de vie » : Bouillonnements et conflits. *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 108, n° 4, p. 103-108.  
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-4-page-103.htm>
- Antoine, J. (2011). Une histoire des « lieux de vie » : Officialisation et institutionnalisation. *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 109, n° 1, p. 120-124.  
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2011-1-page-120.htm>
- Anzieu, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris : Bordas.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1989). L'anamnèse dans la perspective de Freud : 1989. Dans : D. Anzieu (2009). *Le travail de l'Inconscient* (p. 581-594). Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1990). Comment dire : du récit d'une séance à l'histoire d'une cure : 1990. Dans : D. Anzieu (2009). *Le travail de l'Inconscient* (p. 595-614). Paris : Dunod.
- Assouline, M. (2014). Autisme : un arrière-fond historique aux critiques contre psychiatrie et psychanalyse. *Psychiatrie Psychanalyse et Sociétés*, vol. 1.  
<http://www.revue-pps.org/autisme-un-arriere-fond-historique-aux-critiques-contre-psychiatrie-et-psychanalyse-3/>
- Assouly-Piquet C. & Berthier-Vittoz F. (1994). *Regards sur le handicap*. Marseille : Hommes & perspectives.

- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF, Le fil rouge, éd. 1999.
- Ayme, J. (1989). La psychothérapie institutionnelle. Essai de théorie sur la folie. Dans : Cadoret, M. éd. *La folie raisonnée*. Paris : PUF, p. 329-346.
- Ayme, J. (1995). *Chroniques de la psychiatrie publique : À travers l'histoire d'un syndicat*. Toulouse : Érès, « Des Travaux et des Jours ».
- Azéma, B. & Martinez, N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie. Une revue de la littérature. *Revue française des affaires sociales*, n°2, p. 295-333.  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-295.htm>
- Bailly-Salin, M.-J. (1980). Relations avec les familles. Dans : Misès, R. et coll. *La cure en institution : l'enfant, l'équipe, la famille*. Paris : ESF, Coll. La vie de l'enfant.
- Barthes, R. (1980). *La chambre claire. Note sur la photographie*. Paris : Cahiers du Cinéma, Gallimard, Le Seuil, éd. 1990.
- Bascou, J.-R. & Bugniot, F. (1958). La préparation au travail de l'arriéré semi-éducable. *Informations sociales*, n°9-10, p. 57-80, CEDIAS-Musée social.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k97694559>
- Bebin, C., Detraux, J., Marques, A., Di Duca, M., Fabas, L. & Leplège, A. (2015). Le placement en Belgique des personnes handicapées françaises est-il une forme de démission de la France ? *Perspectives Psy*, vol. 54, n°4, p. 316-329.  
<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2015-4-page-316.htm>
- Belhomme, J.-E. (1824-1843). *Essai sur l'idiotie, propositions sur l'éducation des idiots, mise en rapport avec leur degré d'intelligence*. Paris : Librairie de Germer-Baillière.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5754074m>
- Bick, E. (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces. Dans : Harris-Williams, M., éd. (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (J. & J. Pourrinet, trad.). Larmor-Plage : Éditions du Hublot, p. 135-139.
- Binet, A. & Simon, T. (1907). *Les enfants anormaux. Guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*. Paris : A. Colin.  
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?77264>
- Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience* (F. Robert, Trad.). Paris : PUF, éd. 1996.
- Bion, W.R. (1963). *Éléments de la psychanalyse* (F. Robert, Trad.). Paris : PUF, éd. 1979.
- Bion, W.R. (1967). *Réflexion faite* (F. Robert, Trad.). Paris : PUF, éd. 2001.
- Blanchard, B. (2010). Entretien avec Roger Misès. *Enfances & Psy*, vol. 48, n° 3, p. 144-156. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-3-page-144.htm>

- Boucherat-Hue, V., Peretti, P. & Courty, B. (2011). La notion de handicap psychique : un levier politico-social « à la française » ! .... *L'information psychiatrique*, vol. 87, n° 8, p. 668-676.  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-8-page-668.htm>
- Bourneville, D.-M. (1895). Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. Rapport au Congrès d'Assistance publique, Lyon, 1894. *Le progrès médical*. Paris : Félix Alcan éditeur.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57811684>
- Breitenbach, N. (1999). *Une saison de plus. Handicap mental et vieillissements*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Bru, P. (1890). *Histoire de Bicêtre (hospice – prison – asile) d'après des documents historiques*, Paris : Lecrosnier et Babé.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77414w>
- Brulé, P. (2009). L'exposition des enfants en Grèce antique : une forme d'infanticide. *Enfances & Psy*, vol. 44, n° 3, p. 19-28.  
<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-3-page-19.htm>
- Brun, A. & Roussillon, R. (2014). *Formes primaires de symbolisation*. Paris : Dunod, Coll. Inconscient et culture.
- Brun, A. (2015). Processus créateur et figuration des traumatismes corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*, vol. 91, n° 1, p. 9-26.  
<https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2015-1-page-9.htm>
- Brusset, B. (1995). Enquête familiale et anamnèse. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 4 volumes*. Paris : PUF, éd. 2004, p. 509-517.
- Bueltzingsloewen, I. (von) (2005). Eugénisme et restrictions. Les aliénistes et la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. *Revue d'Histoire de la Shoah*, vol. 183, n° 2, p. 389-402.  
<https://www.cairn.info/revue-revue-d-histoire-de-la-shoah-2005-2-page-389.htm>
- Bueltzingsloewen, I. (von) (2007 a). À propos de Henriette D. *Clio. Femmes, Genre, Histoire* n° 26, p. 89-106.  
[https://journals.openedition.org/clio/5773#xd\\_co\\_f=M2YyOTc1NjltMzdlNy00YmQzLWFIMWYtYTBkNTA1MTcwMzUy~](https://journals.openedition.org/clio/5773#xd_co_f=M2YyOTc1NjltMzdlNy00YmQzLWFIMWYtYTBkNTA1MTcwMzUy~)
- Bueltzingsloewen, I. (von) (2007 b). *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris : Flammarion, éd. 2009.
- Bueltzingsloewen, I. (von) (2018). Vers une déshospitalisation des malades mentaux ? : La remise en question des internements psychiatriques "abusivement prolongés" dans la France occupée (1940-1945). Dans : Klein, A., Guillemain, H. & Thifault,



M.-C., éd. *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, Presses universitaires de Rennes, p. 51-64.

Bueltzingsloewen, I. (von) (2020 a). L'itinéraire psychiatrique d'Antoine A., « patient stabilisé sur un mode déficitaire » (1951-2013). *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 67-1, n° 1, p. 124-138.

<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2020-1-page-124.htm>

Bueltzingsloewen, I. (von) (2020 b). Introduction. Soigner sans enfermer : le rêve contrarié d'une psychiatrie « sans asile », de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à nos jours. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 67-1, n° 1, p. 17-23.

<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2020-1-page-17.htm>

Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, vol. 25, n° 2, p. 125-139.

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2006-2-page-125.htm>

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF « Quadrige », éd. 1994.

Castel, R. (1973). *Le psychanalisme. L'ordre psychanalytique et le pouvoir*. Paris : 10/18, éd. 1976.

Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Éditions de Minuit, coll. Le sens commun.

Castel, R. (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris : Éditions de Minuit.

Castel, R. (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Dans : J. Donzelot, éd. : *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris : Éditions Esprit, p. 137-168.

Chapireau, F. (2014). Quel handicap psychique peut-on mesurer ? *L'information psychiatrique*, vol. 90, n° 4, p. 243-246.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-4-page-243.htm>

Chavaroche, P. (2014). L'autonomie : paradigme dominant du projet individuel dans le champ du handicap. *VST – Vie sociale et traitements*, vol. 122, n° 2, p. 72-78.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2014-2-page-72.htm>

Chavaroche, P. (2021). *Où va le médico-social : Dans l'accompagnement des personnes les plus gravement handicapées mentales*. Toulouse : Érès.

Cherix, M. (2005). Quelles sont les difficultés rencontrées par les éducateurs spécialisés dans l'accompagnement des personnes en fin de vie ? *Revue internationale des soins palliatifs*, vol. 20, n° 4, p. 121-128.

<https://www.cairn.info/revue-infokara1-2005-4-page-121.htm>

- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17, p. 81-102.  
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-81.htm>
- Ciccone, A. & Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A. & Ferrant, A. (2012). Emboîtements d'affects dans les contextes de handicap. Dans : Missonnier, S., éd. *Honte et culpabilité dans la clinique du handicap*. Toulouse : Érès.
- Ciccone, A. (2012). *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A. (2017). Identification projective et entre-deux. Dans : Korff-Sausse, S., éd. *Handicap : une identité entre-deux*. Toulouse : Érès, p. 173-190.
- Cifali, M. (2005). *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF.
- Coffin, J.-C. (2007). Stigmatisation et dégénérescence. Le vocabulaire psychiatrique aux XIXe et XXe siècles. Dans : Boëtsch, G. éd. *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur « Hors collection », p. 171-184.
- Coldefy, M. & Grandé, C. (2022). Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé*, IRDES, vol. 269, n° 6, p. 1-8.  
<https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.html>
- Correale, A. 1996. L'hypertrophie de la mémoire en tant que forme de pathologie institutionnelle. Dans : Kaës, R., éd. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris : Dunod, p. 105-119, éd. 2005.
- Crouzet, M. (2006). Invitation à faire un tour... *Reliance*, vol. 21, n° 3, p. 65-68.  
<https://www.cairn.info/revue-reliance-2006-3-page-65.htm>
- Dayan, C. (2018). Fantômes de mort au sein d'une fratrie confrontée au handicap. Dans : Ciccone, A., éd. *Handicap et mort*. Toulouse : Érès, p. 107-120.
- Daumézon, G. & Koechlin, P. (1952). La psychothérapie institutionnelle française, paru dans : *Anais portuguesas de psiquiatria*, Vol. 4, n° 4, décembre 1952, réédité dans : *Psychoanalytische Perspectieven*, 2009, 27, 1-2, p. 215-234.  
<https://www.pschoanalytischeperspectieven.be>
- David, M. (2014). *Prendre soin de l'enfance. Textes et commentaires recueillis par Marie-Laure Cadart*. Toulouse : Érès, « La vie de l'enfant ».
- Deligny, F. (1941). *Graine de crapule. Conseils aux éducateurs qui voudraient la cultiver*. Paris : Éditions du scarabée, éd. 1960.

Deligny, F. (1977). Les vies retranchées, par Françoise Estève et Jean Couturier. *Les nuits de France Culture* (diffusion 23/05/2017).

Deligny, F. Dans : Alvarez de Toledo, S. (2007). *Fernand Deligny Œuvres*. Paris : L'arachnéen, éd. 2017 :

- 1947 : *Les vagabonds efficaces*, p. 150-221.
- 1968 : Groupe de recherche sur le milieu proche. *Cahiers de la Fgérie*, n°2, p. 655-671.
- 1975 a : *Cahiers de l'Immuable/2*, p. 869-942.
- 1975 b : *Nous et l'innocent*, p. 685-795.
- 1978 : *Le Croire et le Craindre*, p. 1084-1223.
- 1979 a : *Les détours de l'agir ou le moindre geste*, p. 1247-1347.
- 1979 b : *Projet N. Film*, p. 1348-1365.
- 1980 : *Singulière ethnie*, p. 1366-1473.
- 1983 a : « Camérer ». Dans : *Caméra/Stylo n°4*, p. 1742-1745.
- 1983 b : *Traces d'être et Bâtisse d'ombre*, p. 1483-1569.

Delion, P. (1995). Chemin faisant avec les personnes très gravement handicapées. Dans : Chavaroche, P., éd. (1996). *Équipes éducatives et soignantes en maison d'accueil spécialisée : pratiques institutionnelles*. Vigneux : Matrice, p. 7-11.

Delion, P. (2000). *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique*. Paris : PUF.

Delion, P. (2004). *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui*. Toulouse : Érès.

Delion, P. (2009 a). La peur et les soignants. La peur peut devenir une amie transférentielle (à propos de deux histoires singulières). *Dialogue*, vol. 2, n°184, p. 55-58. <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2009-2-page-55.htm>

Delion, P. (2009 b). *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*. Toulouse : Érès.

Delion, P. (2011). Psychanalyse, autisme et institution. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 1, n° 2, p. 27-43. <https://www.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2011-2-page-27.htm>

Delion, P. (2016). Clivage(s), psychopathologie et institutions. Dans : Bernard Golse éd., *Clivages : Du bébé à l'adolescent, entre séparation et rupture* (p. 179-190). Toulouse : Érès.

- Delion, P. (2017). Accueillir l'originaire, l'archaïque en psychothérapie institutionnelle de l'enfant. Dans : Bouhsira, J., éd. *L'originaire et l'archaïque*. Paris : PUF, p. 135-148.
- Delion, P. (2018). Les choses de la vie (quotidienne). *Cliniques*, vol. 15, n° 1, p. 39-64. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2018-1-page-39.htm>
- Delion, P. (2022). *La constellation transférentielle*. Toulouse : Érès.
- Demailly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris : La Découverte.
- Demailly, L. & Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France : Acteurs, instruments, controverses*. Paris : Armand Colin.
- Demailly, L. & Soulé, J. (2019). *Le repérage et l'accompagnement des personnes autistes adultes*. Toulouse : Érès.
- Deutsch, H. (1949). *La psychologie des femmes, tome 2*. Paris : PUF, Bibliothèque de psychanalyse, éd. 1967.
- Dolto, F. (1994). *Kaspar Hauser, le séquestré au cœur pur*. Paris : Mercure de France, éd. 2002.
- Doussinet, P. (1958). Quelques définitions et généralités sur l'arriération mentale. *Informations sociales*, n°9-10, p. 33-46, CEDIAS-Musée social. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k97694559>
- Durif-Varembont, J. (2018). De la haine contenue au meurtre de l'enfant handicapé. Dans : Ciccone, A., éd. *Handicap et mort*. Toulouse : Érès, p. 131-148.
- Eberentz, A., Kinderstuth, M.-Th., Paumelle, S., Pireault, M. & Schwartz, Y. (1978). *Les oubliés de l'hôpital psychiatrique. Cinq ans avec des arriérés profonds adultes pour apprendre à vivre*. Paris : Seuil.
- Ehrenberg, A. (2010). *Société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2013). De l'homme coupable à l'homme capable. Dans : René Frydman éd., *Ruptures*. Paris : PUF, p. 133-144.
- Ehrenberg, A. (2014). Faire société à travers l'autonomie. *Recherche et formation*, vol. 76, n° 2, p. 107-118. <https://doi-org.merlin.u-picardie.fr/10.4000/rechercheformation.2256>
- Enriquez, E. (1987). Le travail de la mort dans les institutions. Dans : Kaës, R., éd. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*. Paris : Dunod, éd. 2012.
- Esquirol, J.-É. D. (1838). De l'idiotie. Chapitre XIV. Dans : *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. [Vol. 2]*. Paris : J.-B. Baillière, p. 283-397. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k85089d>
- Euripide. *La folie d'Héraclès*. (M. Delcourt-Curvers, trad.) Paris : Folio-Gallimard, 1962.

- Ferrus, G. (1834). *Des Aliénés, considérations : 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France... 2° sur le régime hygiénique et moral... 3° sur quelques questions de médecine légale...*, Paris : Chez Madame Huzard (née Vallat la Chapelle).  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57310440>
- Fleuré, J. (2011). *Dans le sillage de Jean-Baptiste Pussin. Plaidoyer pour la défense de la psychiatrie*. Mussidan : Éditions Les 2 Encres.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard « Tel », éd. 1990.
- Foucault, M. (1973-1974). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France*. Paris, Seuil, éd. 2003.
- Foucault, M. (1974-1975). *Les Anormaux. Cours au Collège de France*. Paris : Gallimard, éd. 1999.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1909). Le roman familial des névrosés. Dans : *Névrose, psychose et perversion* (J. Laplanche, trad.). Paris : PUF, éd. 1973, p. 157-160.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. Dans : *La Vie sexuelle* (D. Berger, J. Laplanche et coll., trad.). Paris : PUF, éd. 1969, p. 81-105.
- Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. Dans : *Essais de psychanalyse appliquée* (M. Bonaparte & E. Marty, trad.). Paris : Gallimard, coll. « idées », éd. 1971, p. 163-210.
- Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* (A. Berman, trad.). Paris : Gallimard, éd. 1978.
- Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion : Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup.* Paris : Éditions Rue d'Ulm.
- Fustier, P. (1987). L'infrastructure imaginaire des institutions. À propos de l'enfance inadaptée. Dans : Kaës, R., éd. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*. Paris : Dunod, éd. 2012.
- Fustier, P. (1993). *Les corridors du quotidien : Clinique du quotidien et éducation spécialisée en institution*. Paris : Dunod, éd. 2019.
- Fustier, P. (1997). Des institutions et des parents. Dans : André-Fustier, F. et coll. *Parents/famille/institution, approche groupale d'orientation psychanalytique*. Centre de recherche sur les inadaptations, Université de Lyon II, p. 51-79.
- Fustier, P. (1999). *Le travail d'équipe en institution : Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Paris : Dunod, éd. 2004.

- Fustier, P. (2012). L'interstitiel et la fabrique de l'équipe. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 14, p. 85-96.  
<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-2-page-85.htm>
- Fustier, P. (2013). *Éducation spécialisée : repères pour des pratiques*. Paris : Dunod.
- Gabbai, P. (2004). Longévité et avance en âge. Des personnes handicapées mentales et physiques. *Gérontologie et société*, vol. 27/110, n° 3, p. 47-73.  
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-3-page-47.htm>
- Gabbai, P. (2013). Autonomie et psychopathologie. *Le Sociographe*, vol. 6, n° 5, p. 19-37. <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2013-5-page-19.htm>
- Gaillard, G. (2004). En savoir un « Bout ». Dans : Mercader, P. & Henri, A.-N. éd. *La formation en psychologie. Filiation bâtarde, transmission troublée*. Lyon : PUL, p. 147-162.
- Garcin, V. (2011). Introduction de cadrage sur le processus de révision de la CIM-10 en pédopsychiatrie. *L'information psychiatrique*, vol. 87, n° 5, p. 355-357.  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-5-page-355.htm>
- Gardou, C. (2010). *Le handicap au risque des cultures : Variations anthropologiques*. Toulouse : Érès.
- Gardou, C. (2013). Les interprétations culturelles du handicap. Dans : Jean-Philippe Raynaud, J.-P. éd., *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent : Approches cliniques*. Toulouse : Érès, p. 49-61.
- Gardou, C. (2015). *Le handicap dans notre imaginaire culturel : Variations anthropologiques 2*. Toulouse : Érès.
- Gardou, C. (2016). *Le handicap et ses empreintes culturelles : Variations anthropologiques 3*. Toulouse : Érès.
- Garrabé, J. & Kammerer, F., éd. (2015). *Classification Française des Troubles Mentaux – R-2015. Correspondances et transcodage CIM 10*. Paris : Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- Gateaux-Mennecier, J. (1989). *Bourneville et l'enfance aliénée. L'humanisation du déficient mental au XIXe siècle*. Paris : Centurion, coll. Païdos.
- Gateaux-Mennecier, J. (1993). Représentations psychologiques et régulation sociale au XIXe siècle. L'« arriération », de l'asile à l'institution scolaire. *Sociétés contemporaines*, n°13, p. 179-190. <https://doi.org/10.3406/socco.1993.1113>
- Gauchet, M. (1997). De Pinel à Freud. Dans : Swain, G. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Paris : Calmann-Lévy, coll. Liberté de l'esprit, p. 7-57.
- Gaulejac, V. de (1996). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer.

- Gaulejac V. de (2012). *L'histoire en héritage. Roman familial et trajectoire sociale*. Paris : Payot & Rivages.
- Gaulejac, V. de (2019). Roman familial. Dans : Delory-Momberger, C., éd. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*. Toulouse : Érès, p. 153-155.
- Geurts, H., Rinaldi, R., Franquet, A. & Haelewyck, M. (2020). Autodétermination et déficience intellectuelle : quels enjeux et quels défis pour les pratiques de soutien ? *Contraste*, vol. 51, n° 1, p. 119-138.  
<https://www.cairn.info/revue-contraste-2020-1-page-119.htm>
- Giami, A. & Leridon, G. (2000). *Les enjeux de la stérilisation*. Paris : INSERM/INED.
- Gigou, Y. & Coupechoux, P. (2019). *Mon métier d'infirmier, éloge de la psychiatrie de secteur*. Paris: Éditions d'une.
- Goffman, E. (1963). *Stigmates : les usages sociaux des handicaps* (A. Kihm, trad.). Paris : Éditions de Minuit, éd. 1975.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux* (L. & C. Lainé, trad.). Paris : Éditions de Minuit.
- Golse, B. (2007). La psychose à partir de la clinique du bébé ou entre corps et institution : l'instauration. Dans : P. Delion (éd.), *Corps, psychose et institution*. Toulouse : Érès. (p. 37-45).
- Golse, B. (2017). Chapitre 55. Prendre soin de ceux qui ne guériront pas : L'incurabilité, au carrefour du somatique et de la psyché. Dans : Camberlein, P., éd. *La personne polyhandicapée*. Paris : Dunod. (p. 903-913).
- Gori, R. (2013). Au nom de la norme. Dans *La fabrique des imposteurs*. Paris : Actes Sud, coll. Babel essai, éd. 2015. (p. 41-128).
- Grillet, B. (2022). Construire un lieu de soins aujourd'hui. *Empan*, vol. 126, n°2, p. 141-154. <https://doi-org/10.3917/empa.126.0141>
- Grim, O.-R. (2000). *Du monstre à l'enfant, anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*. Paris : Éd. Du CTNERHI.
- Guillemain, H. (2006). Médecine et religion au XIXe siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860). *Le Mouvement Social*, vol. 2, n°215, p. 35-49.  
<https://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social1-2006-2-page-35.htm>
- Guillemain, H. (2013). La fonction du « bon patient » dans l'institution psychiatrique (1910-1970). Dans : Guignard, L., Guillemain H. & Tison S., éd. *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*, Presses universitaires de Rennes, p. 241-250.

- Guillemain, H. (2018). Les faux-semblants de la déshospitalisation à la française (des années 1960 aux années 1980). Dans : Klein, A., Guillemain, H. & Thifault, M.-C., éd. *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, Presses universitaires de Rennes, p. 157-170.
- Guyot, P. (2012). Avancée en âge : de la construction d'une problématique à l'élaboration de réponses adaptées. Dans : Zribi, G., éd. *Vieillesse des personnes handicapées mentales*. Rennes : Presses de l'EHESP « Hors collection », p. 47-62.
- Haag, G. (2009). Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. *Enfance*, vol. 1, n° 1, p. 121-132. <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2009-1-page-121.htm>
- Haag, G. (2014). Les avancées théoriques dans la clinique psychanalytique de l'autisme : Nature des angoisses et des défenses. Entrecroisements avec les autres champs de recherche. Dans : Amy, M.-D., éd. *Autismes et psychanalyses : Évolutions des pratiques, recherches et articulations*. Toulouse : Érès, p. 49-90.
- Haag, G. & Golse, B. (2015). Sur la place des clivages sensoriels dans le développement et les pathologies archaïques. *Le Carnet PSY*, vol. 190, n° 5, p. 52-60. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2015-5-page-52.htm>
- HAS (2021). *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel*. Note de cadrage RBPP. <https://has-sante.fr>
- Henri, A.-N. (1996). Repérer le sens des pratiques à partir de l'étude des modalités d'intervention. Dans : ANECAMSP éd., *Une recherche sur le Sens des Pratiques : Actes des XIIIèmes journées d'études nationales de l'A.N.E.C.A.M.S.P.* Le Puy : ANECAMSP, p. 256-265. [http://henri.textes.free.fr/anh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65:enfant-abime-un-embleme-de-lhorreur&catid=52:la-mesinscriptio&Itemid=63](http://henri.textes.free.fr/anh/index.php?option=com_content&view=article&id=65:enfant-abime-un-embleme-de-lhorreur&catid=52:la-mesinscriptio&Itemid=63)
- Henri, A.-N. (2012). Des soignants sans vergogne ? Dans : Missonnier, S., éd. *Honte et culpabilité dans la clinique du handicap*. Toulouse : Érès, p. 157-167.
- Henri, A.-N. (2016). Quand, au milieu des miens, s'invite l'impensable. Dans : Ciccone, A., éd. *Violences dans la parentalité* (p. 67-90). Paris : Dunod, p. 67-90.
- Herrou, C. & Korff-Sausse, S. (2007). Pour une pratique de la non-exclusion dans la petite enfance. Dans : Herrou, C. & Korff-Sausse, S., éd. *L'intégration collective de jeunes enfants handicapés*. Toulouse : Érès, p. 19-26.
- Heuyer, G. (1949). Débilité mentale et débilité intellectuelle. *L'année psychologique*, vol. 50, p. 655-669. <https://doi.org/10.3406/psy.1949.8483>
- Heuyer, G. (1958). Le débile profond. *Informations sociales*, n° 9-10, p. 6-13. CEDIAS-Musée social. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k97694559>
- Hochmann J. (2009). *Histoire de l'autisme. De l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement*. Paris : Odile Jacob.



- Hochmann, J. (2010). Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant. *L'information psychiatrique*, vol. 86, n° 3, p. 227-235.  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-3-page-227.htm>
- Hochmann, J. (2017). De l'autisme de Kanner au spectre autistique. *Perspectives Psy*, vol. 56, n° 1, p. 11-18.  
<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2017-1-page-11.htm>
- Hochmann, J. (2018). *Théories de la dégénérescence. D'un mythe psychiatrique au déclinisme contemporain*. Paris : Odile Jacob.
- Hochmann, J. (2021). L'apport de la psychanalyse aux traitements institutionnels des enfants autistes. Dans : Patrick Landman éd., *Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes* (p. 25-37). Toulouse : Érès.
- Iordachescu, A., Les films d'ici, Les films Hatari, Elefant films (producteurs), Coppans, R. (réalisateur et producteur), 2018. *Monsieur Deligny, vagabond efficace*, film documentaire, France, Shellac et Shellac VOD.
- Jaeger, M. Papanicolaou, G. Cornec, A. & Braconnier, A. (1992). « L'arriération mentale profonde » aux frontières du sanitaire et du social. *L'Information Psychiatrique*. N° 5 (mai 1992), p. 479-488.
- Jaeger, M. (2017). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 3. La constitution d'une profession. *VST – Vie sociale et traitements*, vol. 133, n°01, p. 104-123.  
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2017-1-page-104.htm>
- Joly, F. (2010). Partie I. Violences et autisme : le laboratoire autistique pour penser les racines de la violence. *Enfances et psy*, vol. 1, n° 46.  
<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-1-page-94.htm>
- Joubert, T. & Seknadjé-Askénazi, J. (2016 a). La préparation de l'insertion professionnelle et son rapport à l'insertion sociale en IMpro (1/2). *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 73, n° 1, p. 253-275.  
<https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2016-1-page-253.htm>
- Joubert, T. & Seknadjé-Askénazi, J. (2016 b). La préparation de l'insertion professionnelle et son rapport à l'insertion sociale en IMpro (2/2). *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 74, n° 1, p. 201-220.  
<https://www.cairn.info/revue-la-nouvelle-revue-de-l-adaptation-et-de-la-scolarisation-2016-2-page-201.htm>
- Jovelet, G. (2017). *Ces psychotiques qui vieillissent*. John Libbey Eurotext.
- Kaës, R. (1987). Réalité psychique et souffrance dans les institutions. Dans : Kaës, R., éd. *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*. Paris : Dunod. Éd. 2012.

- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2009). *Le complexe fraternel*. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, n°34, p. 13-40.  
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2010-1-page-13.htm>
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod.
- Karlin, D. & Lainé, T. (1977). *La raison du plus fou*. Paris : Éditions sociales.
- Karsz, S. (2011). *Pourquoi le travail social : Définition, figures, clinique*. Paris : Dunod.
- Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris : Calmann-Lévy.
- Korff-Sausse, S. (2002). Ils ne sont pas beaux... Le devenir psychique de la laideur. *Champ psy*, vol. 26, n° 2, p. 81-104.  
<https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2002-2-page-81.htm>
- Korff-Sausse, S. (2005). Un exclu pas comme les autres. Handicap et exclusion. *Cliniques méditerranéennes*, vol. 72, n° 2, p. 133-146.  
<https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2005-2-page-133.htm>
- Korff-Sausse, S. (2006 a). Contre-transfert, cliniques de l'extrême et esthétique. *Revue française de psychanalyse*, vol. 70, n° 2, p. 507-520.  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2006-2-page-507.htm>
- Korff-Sausse, S. (2006 b). Malaise dans la procréation. *Recherches en psychanalyse*, vol. 6, n° 2, p. 57-70.  
<https://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse1-2006-2-page-57.htm>
- Korff-Sausse, S. (2007 a). À l'extrême limite de la vie psychique : l'animalité. *Champs psy*, vol. 45, n° 1, p. 85-95.  
<https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2007-1-page-85.htm>
- Korff-Sausse, S. (2007 b). La peur de la différence. Dans : Ben Soussan, P., éd. *Naître différent*. Toulouse : Érès, p. 9-31.
- Korff-Sausse, S. (2008). Approche psychanalytique du bébé handicapé et de sa famille. Dans : Presme, N., éd. *Handicap et périnatalité : États des lieux*. Toulouse : Érès, p. 101-120.
- Korff-Sausse, S. (2010). Filiation fautive, transmission dangereuse, procréation interdite. L'identité sexuée de la personne handicapée : une pièce en trois actes. Dans : Scelles, R., éd. *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*. Toulouse : Érès, p. 43-60.

- Korff-Sausse, S. (2011 *a*). L'enfant monstrueux : un fantasme d'adulte ? *Enfances & Psy*, n° 51, p. 48-58. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-2-page-48.htm>
- Korff-Sausse, S. (2011 *b*). Les identifications déshumanisantes : l'animalité dans la vie psychique et la création artistique. *Revue française de psychanalyse*, vol. 75, n° 1, p. 87-102. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2011-1-page-87.htm>
- Korff-Sausse, S. (2011 *c*). Le sujet handicapé, un sujet « hors norme » ? *Le journal des psychologues*, vol. 291, n° 8, p. 29-33. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-8-page-29.htm>
- Korff-Sausse, S. (2013 *a*). Qu'est-ce que la psychanalyse apporte à la clinique du handicap ? Dans : Raynaud, J.-P. éd., *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent. Approches cliniques*. Toulouse : Érès « Connaissance de la diversité », p. 173-188.
- Korff-Sausse, S. (2013 *b*). Un patient sans parole. *Vie sociale*, vol. 3, n° 3, p. 83-91. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2013-3-page-83.htm>
- Korff-Sausse, S. (2014). Le corps vécu et la vie psychique des personnes âgées et des personnes handicapées. Dans : Ancet, P., éd. *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*. Paris : Dunod, p. 13-34.
- Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. *Chimères*, vol. 88, n° 1, p. 54-69. <https://www.cairn.info/revue-chimeres-2016-1-page-54.htm>
- Korff-Sausse, S. (2017). Et le monstre rêva qu'il était un homme, *Alter*, vol. 11, n° 1, p. 26-34. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067216300839>
- Korff-Sausse, S. (2017 *b*). L'originaire et l'archaïque dans l'art contemporain. Dans : Boushira, J., éd. *L'originaire et l'archaïque*. Paris : PUF, p. 213-227.
- Korff-Sausse, S. (2021). Psychanalyse et déficience. *Le psychanalyste polyglotte. Revue française de psychanalyse*, vol. 85, n° 2, p. 401-411. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2021-2-page-401.htm>
- Krämer, S. (2012). Qu'est-ce donc qu'une trace, et quelle est sa fonction épistémologique ? État des lieux (C. Chamayou-Kuhn, trad.), *Trivium* [En ligne], 10 | 2012, mis en ligne le 30 mars 2012. <https://doi.org/10.4000/trivium.4171>
- Lacan, J. (1954). Introduction au commentaire de Jean Hyppolite sur la « Verneinung » de Freud. Dans : *Les Écrits*. Paris : Seuil, 1966.
- Lagache, D. (dir.) (1946). Nomenclature et classification des jeunes inadaptes, *Sauvegarde*, n°2, juin 1946, p. I-VIII ; n°3, juillet 1946, p. IX-XII ; n° 4, octobre 1946, p. XIII-XX. [https://enfantsenjustice.fr/classification\\_1946](https://enfantsenjustice.fr/classification_1946)

- Lebel, R. (1958). Les débiles profonds : possibilités et limites actuelles des sciences médico-psychologiques des techniques pédagogiques et des techniques sociales. *Informations sociales : bulletin mensuel à l'usage des services sociaux, Union nationale des caisses d'allocations familiales*, n°9-10, p. 1-137, CEDIAS-Musée social. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k97694559>
- Lebovici, S. (2002). *Le Bébé, le Psychanalyste et la Métaphore*. Paris : Odile Jacob.
- Leconte-Lambert, C. (1990). À propos de la méthode Doman : pour quelle lecture ? *Spirale. Revue de recherches en éducation*, n°3. *Lecture*, sous la direction de Dominique Guy Brassart, p. 51-70. [https://www.persee.fr/doc/spira\\_0994-3722\\_1990\\_num\\_3\\_1\\_1840](https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_1990_num_3_1_1840)
- Le Guillant, L., Bonnafé, L. & Mignot, H. (1964). *Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques*, Rapport d'assistance présenté au LXII<sup>ème</sup> Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Paris : Masson.
- Lévi-Strauss, C. (1955). La structure des mythes. Dans : *Anthropologie structurale* (1958), Paris : Plon, p. 227-255.
- Lévi-Strauss, C. (1982). De la possibilité mythique à l'existence sociale. *Le Débat*, vol. 19, n° 2, p. 96-120. <https://www.cairn.info/revue-le-debat-1982-2-page-96.htm>
- Madelénat, D. (1984). *La biographie*. Paris : PUF.
- Majerus, B. (2011). La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie. *Genèses*, vol. 82, n°1, p. 95-119. <https://www.cairn.info/revue-geneses-2011-1-page-95.htm>
- Mellier, D. (2005 a). *Les bébés en détresse : Intersubjectivité et travail de lien*. Paris : PUF.
- Mellier, D. (2005 b). La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, n° 48, p. 425-499. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-2-page-425.htm>
- Mellier, D. (2005 c). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, n° 44, p. 303-310. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-4-page-303.htm>
- Mellier, D. (2018). *La vie psychique des équipes : Institution, soin et contenance*. Paris : Dunod.
- Mellier, D. (2019). La rencontre entre équipes et familles, ...individualisme et déstabilisation des alliances. *Connexions*, vol. 112, n° 2, p. 61-75. <https://www.cairn.info/revue-connexions-2019-2-page-61.htm>

- Meltzer, D. Bremner, J. Hoxter, S. Weddel, D. & Wittenberg, I. (1975). *Exploration dans le monde de l'autisme* (G. et M. Haag, L. Iselin, A. Maufras du Chatellier & G. Nagler, Trad.). Paris : Payot, éd. 1980.
- Meyers, C. (2005). *Les lieux de la folie*. Toulouse : Érès.
- Michel, F. (2009). *Handicap mental : crime ou châtement ? Approche psychopathologique des adolescents handicapés mentaux et de l'attachement à leurs parents*. Paris : PUF.
- Minart, J. (2013). *Lieux de vie et d'accueil : Réhabiliter l'utopie*. Toulouse : Érès.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu : Études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris : PUF, éd. 2013.
- Misès, R. & Barande, I. (1963). Les états déficitaires dysharmoniques graves. Étude clinique de formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire. *La Psychiatrie de l'enfant*, volume VI, fascicule 1, p. 1-78.
- Misès, R. (1975). *L'enfant déficient mental*. Paris : PUF, Coll. Le fil rouge, éd. 1981.
- Misès, R. (1980). Le processus psychothérapique en institution. Dans : Misès, R. et coll. *La cure en institution : l'enfant, l'équipe, la famille*. Paris : ESF, Coll. La vie de l'enfant.
- Misès, R. (1989). Préface. Dans : Gateaux-Mennecier, J. (1989). *Bourneville et l'enfance aliénée. L'humanisation du déficient mental au XIXe siècle*. Paris : Centurion, coll. Païdos, p. 1-16.
- Misès, R. (2002). Évolution de l'autisme et des psychoses précoces à l'adolescence et à l'âge adulte. *Le Carnet PSY*, vol. 76, n°8, p. 12-15.  
<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2002-8-page-13.htm>
- Misès, R. & Perron, R. (2004). Étude psychopathologique des déficiences intellectuelles de l'enfant. Dans : Lebovici, S. Diatkine, R. & Soulé, M., éd. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, p. 1535-1570.
- Misès, R., Garret-Gloanec, N. & Coinçon, Y. (2010). Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. *L'information psychiatrique*, vol. 86, n° 3.  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-3-page-223.htm>
- Missonnier, S. (2007). Le diagnostic anténatal. Dans : Scelles, R., éd. *Cliniques du sujet handicapé*. Toulouse : Érès, p. 59-74.
- Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Paris : J-B Baillière. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850762>

- Morsel, J. (2016). Traces ? Quelles traces ? Réflexions pour une histoire non passéiste. *Revue historique*, vol. 680, n° 4, p. 813-868.  
<https://www.cairn.info/revue-historique-2016-4-page-813.htm>
- Mucchielli, L. (2000). Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés « incorrigibles ». *Revue d'histoire des sciences humaines*, vol. 3, n° 2, p. 57-88.  
<https://www.cairn.info/revue-histoire-des-sciences-humaines-2000-2-page-57.htm>
- Murphy, R. F. (1990). *Vivre à corps perdu* (P. Alexandre, trad.). Paris : Plon. (Édition originale publiée en 1987).
- Muzard-Salci, C. (2004). La pensée de l'exclusion ou l'impossible altérité : De la psychiatrie à la santé mentale. *Figures de la psychanalyse*, vol. 10, n° 2, p. 115-152.  
<https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2004-2-page-115.htm>
- Nicolle, O. & Kaës, R. (2009). *L'institution en héritage. Mythes de fondation, transmissions, transformations*. Paris : Dunod
- Ortiz, P.-H. (2012). L'idiotie contre la folie. *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, n° 118, p. 21-39. <https://journals.openedition.org/chrhc/2458>
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : Traces et configurations précaires*. Nîmes : Champ social.
- Oziol, L. (1958). Une expérience de mise au travail et d'insertion sociale dans le cadre d'une Renaissance régionale. *Informations sociales*, n°9-10, p. 96-101. CEDIAS-Musée social. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k97694559>
- Oziol, L. (2002). Clos du Nid et Croix-Marine : Les années de naissance. Dans : Arveiller, J.-P. (2002). *Pour une psychiatrie sociale*. Toulouse : Érès, p. 131-132.
- Pachoud, B. (2011). Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle irréductible à la maladie mentale. *Le Carnet PSY*, vol. 158, n° 9, p. 36-39.  
<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-9-page-36.htm>
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, vol. 88, n° 4, p. 257-266.  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-4-page-257.htm>
- Pachoud, B. (2014). Soutien à l'emploi, emploi accompagné et handicap psychique : une pratique nouvelle ? *Pratiques en santé mentale*, vol. 60, n°3, p. 13-16.  
<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2014-3-page-13.htm>
- Pachoud, B. (2017). Perspectives éthiques et philosophiques inhérentes au paradigme du rétablissement. Dans : Jean-Paul Arveiller éd., *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 44-55). Nîmes : Champ social.

- Pachoud, B. (2018 a). L'emploi accompagné : rupture ou continuité avec les approches traditionnelles d'aide à l'insertion professionnelle ? *Pratiques en santé mentale*, vol. 64, n° 3, p. 21-26.  
<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2018-3-page-21.htm>
- Pachoud, B. (2018 b). Chapitre 4. Pertinence de l'approche par les capacités pour les pratiques et politiques de soins. Dans : Arnaud Plagnol éd., *Les nouveaux modèles de soins : Une clinique au service de la personne*. Paris : Doin, p. 45-56.
- Parchappe, M. (1853). *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*. Paris : Librairie de Victor Masson.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6267989c>
- Pélicier, Y. & Thuillier, G. (1979). Pour une histoire de l'éducation des enfants idiots en France (1830-1914). *Revue historique*, vol. 261, n°1 (529), p. 99-130.  
<http://www.jstor.org/stable/40953227>
- Pinel, J.-P. (1996). La déliaison pathologique des liens institutionnels dans les institutions de soins et de rééducation. Perspective économique et principe d'intervention. Dans : Kaës, R. et coll., *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (p. 50-79). Paris : Dunod.
- Pinel, J.-P. (2009). La construction du dispositif d'intervention à l'épreuve des mutations institutionnelles contemporaines. Dans : Olivier Nicolle éd., *L'institution en héritage : Mythes de fondation, transmissions, transformations* (p. 11-24). Paris : Dunod.
- Pinell, P. & Zafiropoulos, M. (1978). La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 24, p. 23-49.  
[https://www.persee.fr/doc/arss\\_0335-5322\\_1978\\_num\\_24\\_1\\_2614](https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1978_num_24_1_2614)
- Pinell, P. (1995). L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 108, p. 19-35.  
[https://www.persee.fr/doc/arss\\_0335-5322\\_1995\\_num\\_108\\_1\\_3145](https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1995_num_108_1_3145)
- Pinell, P. (2016). Genèse et réception de la théorie de la dégénérescence. Contribution à l'analyse des conditions de succès d'une idéologie scientifique. *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 54, n° 1, p. 183-200.  
<https://journals.openedition.org/ress/3507>
- Postel, J. (1979). Naissance et décadence du traitement moral pendant la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle. *L'évolution psychiatrique*, Tome XLIV, fascicule III, p. 585-616.
- Postel, J. & Quételet, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod.
- Quentin, B. (2015). Handicap mental, psychique et vieillissement : ce que le temps fait à l'affaire. Intervention lors du 10<sup>ème</sup> SIICLHA « Naître, grandir, vieillir. Handicap : transitions et remaniements psychiques », Université Paris Nanterre.  
<https://webtv.u-paris10.fr/videos/handicap-27-11-2015-am/>

- Quétel, C. (2012). Esquirol et la naissance de l'asile. Dans : *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*. Paris : Tallandier, p. 259-274.
- Rand, N. & Torok, M. (1995). *L'Inquiétante Étrangeté* de Freud devant *L'Homme au sable* de E.T.A. Hoffmann, dans : Tisseron, S. éd., *Le psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme*. Paris : Dunod, éd. 2004.
- Ravaud, J.-F. & Stiker, H.-J. (2000). Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2ème partie : Typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, CTNERHI, n° 87.  
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02264287>
- Règlement modèle des hôpitaux et hospices : circulaire du 15 décembre 1899. *Bulletin officiel du Ministère de l'intérieur*, A63, N6, 1900.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5531178n>
- Ricœur, P. (1955). *Histoire et vérité*. Paris : Seuil, Points-essais, éd. 2001.
- Ricœur, P. (1975). *La métaphore vive*. Paris : Seuil, Points-essais.
- Ricœur, P. (1983). *Temps et récit 1. L'intrigue et le récit historique*. Paris : Seuil, Points-essais, éd. 1991.
- Ricœur, P. (1984). *Temps et récit 2. La configuration dans le récit de fiction*. Paris : Seuil, Points-essais, éd. 1991.
- Ricœur, P. (1985). *Temps et récit 3. Le temps raconté*. Paris : Seuil, Points-essais, éd. 1991.
- Ricœur, P. (1986 a). La vie : un récit en quête de narrateur. Dans : Ricœur, P. (2008). *Écrits et conférences 1. Autour de la psychanalyse*. Paris : Seuil, p. 257-276.
- Ricœur, P. (1986 b). L'imagination dans le discours et dans l'action. Dans : Ricœur, P. *Du texte à l'action. Essai d'herméneutique II*. Paris : Seuil, p. 213-236.
- Ricœur, P. (1988). Le récit : sa place en psychanalyse. Dans : Ricœur, P. (2008). *Écrits et conférences 1. Autour de la psychanalyse*. Paris : Seuil, p. 277-289.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, Points-essais, éd. 2015.
- Ricœur, P. (2000). *La mémoire, l'Histoire, l'Oubli*. Paris : Seuil, Points-essais.
- Robin, R. (1989). Structures mémorielles, littérature et biographie. *Enquête* [En ligne], n° 5, mis en ligne le 27 juin 2013. <https://doi.org/10.4000/enquete.116>
- Robin, R. (2007). Un passé d'où l'expérience s'est retirée. *Ethnologie française*, vol. 37, n° 3, p. 395-400.  
<https://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2007-3-page-395.htm>



- Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés*. Paris : Champ libre.
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF, éd. 2013.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Revue française de psychanalyse*, t. LIX, n° spécial, p. 1349-1519.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF, Coll. « Quadrige », éd. 2012.
- Roussillon, R. (2003). Historicité et mémoire subjective. La troisième trace. *Cliniques méditerranéennes*, vol. 67, n° 1, p. 127-144.  
<https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2003-1-page-127.htm>
- Roussillon, R. (2006). Pluralité de l'appropriation subjective. Dans : Richard, R & Wainrib, S., éd. *La subjectivation*. Paris : Dunod, p. 59-80.
- Roussillon, R. (2017). L'incontournable dimension archaïque de la vie psychique dans l'écoute psychanalytique. Dans : Bouhsira, R., éd. *L'originnaire et l'archaïque*. Paris : PUF, p. 97-113.
- Rouzel, J. (1997). *Le transfert dans la relation éducative : Psychanalyse et travail social*. Paris : Dunod, éd. 2021.
- Ruffin, F. (2017). *Un député à... L'hôpital psychiatrique*. Amiens : Fakir Editions.
- Salbreux, R. & Misès, R. (2005). La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques. *Contraste*, vol. 1, n°22-23, p. 23-47.  
<https://www.cairn.info/revue-contraste-2005-1-page-23.htm>
- Salbreux, R. (2006). L'avenir de la psychiatrie médico-sociale. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 65, n° 3, p. 91-97.  
<https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2006-3-page-91.htm>
- Salbreux, R. (2007). Découverte et annonce du handicap mental : pour un accompagnement plus humain de l'enfant et de sa famille. Dans : Jonckheere, P., Salbreux, R. & Magerotte, G., éd. *Handicap mental : prévention et accueil*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur, p. 1-24.
- Salbreux, R. (2011). À propos des méthodes parallèles, *Contraste*, n°34-35, p. 379-400.  
<https://www.cairn.info/revue-contraste-2011-1-page-379.htm>
- Saulus, G. (2008). Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ? *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 51, p. 153-191.  
<https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2008-1-page-153.htm>
- Saulus, G. (2017). Chapitre 10. L'activité de conscience chez les personnes polyhandicapées : Texte suivi de « Les profils psychodéveloppementaux de

- polyhandicap » et de « Les modalités et régimes d'éprouvé d'existence dans le polyhandicap ». Dans : Philippe Camberlein éd., *La personne polyhandicapée* (p. 223-247). Paris : Dunod.
- Scelles, R. (2001). Processus de résilience dans les familles de personne handicapée. Dans : Marty, F. éd., *Figure et traitement du traumatisme*. Paris : Dunod, p. 173-184.
- Scelles, R. (2004). Réflexions autour du double fraternel. *Imaginaire & Inconscient*, vol. 14, n° 2, p. 71-82.  
<https://www.cairn.info/revue-imaginaire-et-inconscient-2004-2-page-71.htm>
- Scelles, R. (2006). Devenir parent d'un enfant handicapé : Une affaire d'homme, de femme, de couple, d'enfant et de société. *Informations sociales*, n° 132, p. 82-90.  
<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-82.htm>
- Scelles, R. (2007). Famille et handicap : prendre en compte des spécificités du trauma de chacun. Dans : Régine Scelles éd., *Cliniques du sujet handicapé*. Toulouse : Érès, p. 13-38.
- Scelles, R. (2010). *Liens fraternels et handicap : De l'enfance à l'âge adulte, souffrances et ressources*. Toulouse : Érès.
- Scelles, R. (2012). Le beau n'est pas en « plus », il est au fondement de l'humain. Dans : Simone Korff-Sausse éd., *Art et handicap : Enjeux cliniques*. Toulouse : Érès, p. 193-205.
- Scelles, R. (2013). Handicap : processus de subjectivation et lien à l'autre. Dans : Raynaud, J.-P., éd. *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent : Approches cliniques*. Toulouse : Érès, p. 137-152.
- Scelles, R. (2015). De la tragédie à l'épopée. Dans : Missonnier, S., éd. *Et si le handicap n'était pas une tragédie*. Toulouse : Érès, p. 37-55.
- Séguin, E. (1846). *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non sourds, bègues, etc.* Paris : J.-B. Baillière.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k770708>
- Shentoub, S. A. & Soulairac, A. (1961). L'enfant automutilateur. Les conduites automutilatrices dans l'ensemble du comportement psychomoteur normal. Étude de 300 cas. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol III fasc. 1., p. 111-145.
- Souchon, P. (2017). *Encore vivant*. Arles : Éditions du Rouergue.
- Spitz, R. A. (1968). *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. Paris : PUF, éd. 1984.
- Stiker, H.-J. (1982). *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*. Paris : Dunod, éd. 2005.

- Stiker, H.-J. (2007). Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double. *Champ psychosomatique*, vol. 45, n° 1, p. 7-23.  
<https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2007-1-page-7.htm>
- Stiker, H.-J. (2009). Comment nommer les déficiences ? *Ethnologie française*, vol. 39, n° 3, p. 463-470.  
<https://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2009-3-page-463.htm>
- Stiker, H.-J. (2017). *La condition handicapée*. Fontaine : Presses Universitaires de Grenoble, Collection Handicap Vieillesse Société.
- Stiker, H.-J. & Zucman, É. (2021). Introduction. Ce que l'histoire et la mémoire disent de la personne polyhandicapée. Dans : Camberlein, P. éd., *La personne polyhandicapée : La connaître, l'accompagner, la soigner*. Paris : Dunod, 2021, p. 45-69.
- Taguieff, P.-A. (2007). Au cœur du raisonnement galtonien : le paradoxe de la politique malthusienne et sa solution eugéniste. « L'intelligence peut être aidée ou exercée, mais aucun apprentissage, aucun enseignement ne peut la créer. Elle doit être transmise héréditairement. » Karl Pearson ». *Raisons politiques*, vol. 26, n° 2, p. 175-215. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2007-2-page-175.htm>
- Talpin, J.-M. (2017). Entre handicapé et vieux. Entre les deux, les cœurs balancent. Dans : Korff-Sausse, S., éd. *Handicap : une identité entre-deux*. Toulouse : Érès « Connaissance de la diversité », p. 261-274.
- Tardieu, A. (grav.) & Esquirol, J.-E. (1838). *Illustrations de Des maladies mentales*. Paris : J.-B. Baillière. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb384951533>
- Tisseron, S. (1992). *La Honte, psychanalyse d'un lien social*. Paris : Dunod.
- Tisseron, S. (2006). De la honte qui tue à la honte qui sauve. *Le Coq-héron*, vol. 184, n° 1, p. 18-31. <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2006-1-page-18.htm>
- Tosquelles, F. (1958). Contribution à la recherche des techniques d'éducation chez des débiles profonds. *Informations sociales*, n°9-10, CEDIAS-Musée social, p. 50-56.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k97694559>
- Tosquelles, F. (1984). *Éducation et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes : Champ social, éd. 2006.
- Tustin, F. (1977). *Autisme et psychose de l'enfant* (M. Davidovici, Trad.). Paris : Le Seuil, éd. 1982.
- Tustin, F. (1981). *Les états autistiques chez l'enfant*. (M. Davidovici & C. Cler, Trad.). Paris : Le Seuil, éd. 2003.
- Tustin, F. (1989). *Le trou noir de la psyché : barrières autistiques chez les névrosés* (P. Chemla, Trad.). Paris : Le Seuil.

- Tustin, F. (1990). *Autisme et protection* (A.-L. Hacker, Trad.). Paris : Le Seuil, éd. 1992.
- Voisin, F. (1843). *De l'idiotie chez les enfants, et des autres particularités d'intelligence ou de caractère qui nécessitent pour eux une instruction et une éducation spéciales, de leur responsabilité morale*. Paris : J.-B. Baillière.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76853n>
- Wacjman, C. (2013). Enfants anormaux, inadaptés, handicapés : une continuité idéologique ? *Vie sociale*, n°4, p. 159-176.  
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2013-4-page-159.htm>
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire, Dans : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris : Payot, éd. 1969, p.285-291.
- Winnicott, D. W. (1957). Leurs normes et les vôtres. Dans : *L'enfant et sa famille* (A. Stronck-Robert, Trad.). Paris : Petite Bibliothèque Payot, éd. 2002, p. 139-146.
- Winnicott, D.W. (1960). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self ». Dans : *Processus de maturation chez l'enfant* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris : Payot, éd. 1970, p. 115-131.
- Winnicott, D.W. (1962). Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. Dans : *Processus de maturation chez l'enfant* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris : Payot, éd. 1970, p. 9 -18.
- Winnicott, D. W. (1963). Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu. Dans : *Processus de maturation chez l'enfant* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris : Payot, éd. 1970, p. 43-54.
- Zafiroopoulos, M. (1981). *Les arriérés : de l'asile à l'usine*. Paris : Payot.
- Zucman, E. (2011). *Auprès de la personne handicapée*. Toulouse : Érès, « Poche-Société ».