

Mémoire présenté en vue de l'obtention du :
Master 2 Psychologie Psychopathologie clinique psychanalytique
Parcours Professionnel : Psychologie Interculturelle

Sous la direction de :
M. JULIEN TEYSSIER
Université Toulouse II Jean-Jaurès

**Paroles et récits en hétérotopie
de déviation en crise**

**Reconnaissance de la dimension psychique des personnes
et reconnaissance de l'identité professionnelle**

Présenté et soutenu par
MME FLORENCE MASLOWSKI épouse VALVERDE-RIVERA
Le 7 septembre 2018

JURY
M. JULIEN TEYSSIER

Mme MELANIE BENOIST
Psychologue EHPAD L'orée du Bois - Rieux-Volvestre (31)

Mme LAURENCE DU CHEYRON
Psychologue Centre Psychothérapique Pinel - LAVOUR (81)

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements chaleureux à mes deux tutrices de stage Mme BENOIST et Mme DU CHEYRON, pour leur disponibilité, leur patience, l'acuité de leurs remarques cliniques et la confiance qu'elles m'ont accordée. Merci aussi pour leur gentillesse, leur nature joyeuse et généreuse à toutes les deux.

À mon directeur de mémoire, Mr TEYSSIER, pour sa bienveillance, pour la passion qu'il imprime dans ses enseignements. Merci pour l'ouverture sur le savoir qu'il représente, pour la transmission de la curiosité, du goût du questionnement, celui du décalage, de la diversité.

À Mme CHAVELLI, pour avoir inventé le génial dispositif sur lequel je me suis appuyée, pour sa disponibilité, ses encouragements et son enthousiasme.

Aux patients et résidents rencontrés, pour m'avoir apporté tant de savoir et en espérant bien sincèrement les avoir un peu aidés.

Aux professionnels des deux lieux dans lequel mon stage s'est déroulé. Leur confiance m'a donné des ailes.

Résumé

Paroles et récits en hétérotopie de déviation en crise

Reconnaissance de la dimension psychique des personnes et reconnaissance de l'identité professionnelle

Dans ce travail de Mémoire de Master 2 Professionnel en Psychologie Interculturelle, nous avons cherché à ouvrir la parole des usagers d'institutions que nous avons comparées à des hétérotopies (lieux autres) telles que conceptualisées par Foucault : un EHPAD, et un centre d'hospitalisation complète en psychiatrie.

Après avoir décliné les modalités de parole rencontrées, et expliqué comment cette parole peut être accueillie par le psychologue interculturel, nous avons évoqué la parole des soignants et celle du psychologue.

Puis nous avons décrit quelle serait une parole thérapeutique pour ces patients dont le sentiment de continuité de l'identité est rompu : Il s'agit d'une parole permettant un retour à soi, qui aboutit, par un questionnement authentique, essentiel, à une reconnaissance de soi-même, en lien avec son histoire, et enfin à une reconnaissance de soi en lien avec l'autre.

Pour que cette parole émerge, nous avons choisi un dispositif de médiation, d'expression sous une forme légère et ludique, le jeu « Des récits et des vies ©. ». Les résultats ont montré une adhésion immédiate et durable des participants au dispositif et un effet important sur la parole. Nous avons particulièrement décrit l'évolution des rencontres avec une patiente du centre psychothérapique afin de mettre en évidence l'efficacité de cet outil sur ses capacités d'élaboration et de mise en récits.

Nous avons conclu que ce dispositif agissait comme un catalyseur de liens, de pontages entre moments dans la trajectoire d'un sujet ; ce que la psychologie interculturelle nomme RPT (réactions psychologiques transitoires, Teyssier et Denoux, 2013). Les effets de cet outil n'ont pas été inhibés par l'inertie ou la force institutionnelle (hétérotopique) ; grâce à son format inattendu et parce qu'il procure du plaisir immédiat. Ce dispositif a pu faire émerger la parole dans un espace et un temps autres, une hétérotopie dans l'hétérotopie.

Mots-clefs : parole - hétérotopie - thérapie narrative - réactions psychologiques transitoires - reconnaissance

Table des matières

Introduction	1
1ère Partie : PAROLE HÉTÉROTOPIQUE	2
1.1. Défaut de parole et de récit	2
1.2. Hétérotopies de déviation en crise	3
1.2.1 <i>Hétérotopie</i>	3
1.2.1.1 <i>Le Narrenschiff</i>	3
1.2.1.2 <i>Fonction sociale de l'hétérotopie</i>	3
1.2.2 <i>Hétérotopie en crise</i>	4
1.2.3 <i>Récit collectif hétérotopique</i>	6
1.2.4 <i>Le passager de l'hétérotopie de déviation en crise</i>	7
1.2.4.1 <i>Son histoire de vie</i>	7
1.2.4.2 <i>Clivage et ségrégation</i>	7
1.2.4.3 <i>Affiliation aux modèles</i>	9
1.2.4.4 <i>Avènement d'une personnalité interculturelle</i>	11
1.3. Visages de la Parole en hétérotopie	12
1.3.1 <i>La parole bloquée</i>	12
1.3.1.1 <i>Rester sans voix</i>	12
1.3.1.2 <i>Mécanisme de défense</i>	12
1.3.1.3 <i>Censure</i>	13
1.3.2 <i>La parole discréditée, évitée</i>	13
1.3.3 <i>La parole enfermée dans le récit médical</i>	14
1.3.4 <i>La parole recherchée</i>	14
1.3.5 <i>La parole comme agent de guérison</i>	15
1.3.6 <i>Les effets de l'absence de parole</i>	16
1.3.7 <i>L'accueil de la parole par le psychologue interculturel</i>	16
1.3.7.1 <i>L'irruption des MAD par la catégorisation médicale</i>	16
1.3.7.2 <i>Biais culturel</i>	17
1.3.8 <i>La parole des soignants</i>	17
1.3.8.1 <i>EHPAD</i>	18
1.3.8.2 <i>Unité psychiatrique</i>	18
1.3.9 <i>Le psychologue a-t-il une parole ?</i>	20
1.3.9.1 <i>Technique du psychologue</i>	20
1.3.9.2 <i>Permettre la parole, une fonction éthique du psychologue</i>	22
1.4 Avènement et reconnaissance du sujet de la parole	22
1.4.1 <i>Souci de Soi</i>	23
1.4.2 <i>La question de la mort</i>	24
1.4.3 <i>Reconnaissance de soi</i>	25
1.4.4 <i>Reconnaissance de l'autre</i>	26
1.4.5 <i>Résonance de reconnaissances</i>	27
1.5 Une proposition pour ouvrir la parole : Le positionnement dans l'entre-deux	29

2ème Partie : CLINIQUES DE LA PAROLE	30
2.1 La sérendipité ou les bienfaits du hasard	30
2.1.1 <i>Acceptabilité de la part des soignants</i>	30
2.1.2 <i>Acceptabilité de la part des résidents</i>	31
2.1.3 <i>Raisons plus implicites du choix de ce médiateur ?</i>	31
2.1.4 <i>Présentation du dispositif</i>	32
2.2 Analyse des situations	33
2.2.1 <i>Respect de l'inauthenticité - Mme S. « Pas touche » à la belle vie</i>	33
2.2.2 <i>Fonction contenantante - Mme G. Des oiseaux et des chiens</i>	34
2.2.3 <i>Fonction de lien - Gentilles organisatrices</i>	37
2.2.4 <i>Hétérogénéité des groupes</i>	38
2.2.5 <i>Exclusion d'office : Mme P</i>	39
2.2.6 <i>Mme C., enfermée dans son « L ».</i>	40
2.2.7 <i>Observations générales (EHPAD)</i>	46
2.3 Discussion	46
2.3.1 <i>Le dispositif narratif comme processus de subjectivation</i>	46
2.3.2 <i>Ponter la rupture : les RPT (Réactions Psychologiques Transitoires)</i>	47
2.3.3 <i>Résister et lutter contre la force de la culture hétérotopique</i>	48
2.3.3.1 <i>Culture nourrie de préjugés (contre lesquels le psy doit se battre sans relâche)</i>	48
2.3.3.2 <i>Règles internes</i>	48
2.3.3.3 <i>Contamination réciproque</i>	48
2.3.3.4 <i>Injonctions paradoxales</i>	49
2.3.4 <i>Emergences de la parole</i>	49
2.3.5 <i>Profanation des dispositifs (Agamben, 2014)</i>	49
2.4 Création d'une hétérotopie dans l'hétérotopie	50
2.4.1 <i>Hétérotopie temporelle (hétérochronie)</i>	50
2.4.2 <i>Pratique intersticielle</i>	50
2.4.3 <i>Entre-deux</i>	51
2.4.3.1 <i>Position inconfortable, voire douloureuse</i>	51
2.4.3.2 <i>Position créatrice</i>	51
2.4.3.3 <i>Fermetures et ouvertures</i>	51
2.4.5 <i>Récit kaléidoscopique</i>	52
2.5 L'hétérotopie comme dernier lieu possible d'avènement du sujet	52
Limites et ouvertures	54
Conclusion	56
Bibliographie	58
LISTE DES ANNEXES	62

Introduction

« J'ai peur de ce que mes mots vont faire de moi. » Beckett (2012)

Ce travail rend compte de notre expérience en tant que psychologue interculturelle stagiaire au sein de deux dispositifs assez différents mais qu'on peut qualifier tous deux, à la manière de Michel Foucault, d'hétérotopies, de lieux autres, hors du monde.

Dans ces lieux autres, tout se passe comme si les hommes qui y entrent devenaient également hommes-autres, des hommes sans parole, sans réel, avec pour tout récit de vie une histoire qui ne leur appartient plus. Ce qui s'observe en premier c'est l'absence de parole.

Dans ces hétérotopies, la parole empêchée est un double drame. En effet, la souffrance qui d'ores et déjà ne peut se dire... en plus, ne peut se dire. Le psychologue interculturel a dans ce scénario un rôle particulier (et ambitieux) : il doit permettre au sujet de s'affranchir des muselières propres aux dispositifs eux-mêmes. Ainsi, tout le travail du dire pourra tenter de se mettre en place ; si nécessaire, bien-sûr, il ne s'agit pas d'extirper la vérité du sujet à tout prix.

Le stage de professionnalisation du Master 2 de Psychologie Interculturelle a une double visée : D'abord il s'agit de comprendre la dynamique institutionnelle ; la fonction du psychologue ainsi que sa place dans une équipe pluridisciplinaire. La perspective interculturelle, en tant qu'elle conçoit l'institution comme une culture propre, avec ses règles, ses normes, ses valeurs, s'intéresse aux effets de l'institution sur les individus qui la composent (en plus de l'action consciente ou non des individus sur l'institution). Le deuxième enjeu est de mettre concrètement en pratique la rencontre avec le sujet, que la parole soit possible ou non.

Ainsi, ce présent mémoire reprend ces deux axes de réflexion. La première partie traite de l'institution en tant qu'elle contraint et/ou soulage - nous porterons notre attention sur les modalités de parole rencontrées - et de la pratique du psychologue interculturel dans ce cadre. La seconde partie propose un dispositif de libération de la parole.

De façon transversale, nous interrogerons le statut de la parole, du récit, sa fonction, son maniement par le sujet et par le psychologue.

1ère Partie : PAROLE HÉTÉROTOPIQUE

1.1. Défaut de parole et de récit

Les contacts avec les résidents de l'EHPAD sont aisés, spontanés. Une demande, souvent explicite, paraît motiver les rencontres avec les psychologues. Cependant, nous constatons l'absence de parole. Ici vivent ensemble une centaine de personnes qui ne se parlent quasiment pas, ne connaissent rien les unes des autres. Chaque visiteur en EHPAD a pu être frappé par la petite assemblée silencieuse groupée à l'accueil, face à la porte principale. Les entretiens cliniques tournent au radotage, se centrent et reviennent souvent à la plainte somatique.

Du côté des soignants, nous assistons à la même absence de parole. Les réunions de transmissions sont si expéditives qu'elles tournent plus au récapitulatif des températures et mycoses qu'à un état général réel et utilisable des résidents par l'équipe. Les projets de vie sont un rabâchage régulier de l'histoire du patient à son entrée dans l'établissement. La parole est absente, ponctuée toutefois par des jaillissements extrêmes (appels au secours, révélations de maltraitance, souffrance au travail). L'autonomie silencieuse de chaque agent, peut relever d'une intégration totale des règles communes et du récit collectif de l'institution mais peut tout aussi bien témoigner d'une navigation sans feuille de route explicite, sans capitaine, au jour le jour.

Ainsi, le constat est brutal : Il y a défaut de parole et de récit chez les usagers et chez les soignants. Le psychologue stagiaire, avide de *fonctionner*, d'activer sa fonction, et dont « l'outil principal demeure l'entretien » (Art.3 du Code de Déontologie des Psychologues), se trouve alors projeté dans un monde vide, un néant sans le verbe.

« Ils sont là avec leur cri silencieux et ils attendent qu'un sujet les entende, et marque par sa présence attentive qu'il peut accueillir le sens (et l'absence de sens) dont ils sont porteurs à leur insu. » Enriquez (2003, p. 77)

Ce silence est un symptôme criant de l'angoisse latente, il n'est pas synonyme de vide : « Faire silence, n'est-ce pas alors vivre sur un mode mineur et museler la vitalité même réduite que chacune des présences porte encore en elle, n'est-ce pas empêcher l'émergence de tout désir, et par conséquent enlever tout sens à l'existence ? » (Leroux, 2016, p. 5).

Sous le silence, la crise ourdit : « Silence et crise du côté des familles, silence et crise du côté des personnes concernées par l'entrée en institution, les mots sont absents pour dire la détresse, la violence, la culpabilité, le sentiment d'abandon et d'immense solitude. » (Dorange, 2005, p. 125)

Le silence et la crise sont le propre d'endroits et d'époques propres à la rupture, au déchirement, à la déstabilisation. Ces endroits-époques sont ce que Foucault (2004) appelle des hétérotopies.

1.2. Hétérotopies de déviation en crise

1.2.1 Hétérotopie

1.2.1.1 Le Narrenschiff

Resituons d'abord nos institutions et nos personnes, les unes et les autres peut-être encore autonomes. Elles sont prises dans le tourbillon hypermoderne d'une civilisation mondialisée où valeurs, références, normes sociales, familiales se transforment sans cesse. Nous les visualisons flottant au gré des flots déchaînés puis échouant ça et là.

Chaque individu est interpellé pour produire le sens d'une existence qui lui échappe, En quête de repères dans un monde sans limites, il vogue au gré des systèmes de sens qu'il rencontre en chemin, sans s'attacher à aucun, pour tenter de défendre une autonomie relative de pensée, dans la nostalgie des croyances périmées qui ne trouvent que des échos tronqués et éphémères dans le monde contemporain (De Gaulejac, 2009, p. 121)

Cette vision fait écho au navire, qui représente « l'hétérotopie par excellence » pour Foucault. C'est « un morceau flottant d'espace, un lieu sans lieu, qui vit par lui-même, qui est fermé sur soi et qui est livré en même temps à l'infini de la mer... » (Foucault, 2004, p. 19). C'est le Narrenschiff, la Nef des Fous (Foucault, 1976, p. 13).

Le fou est prisonnier au milieu de la plus libre, de la plus ouverte des routes : solidement enchaîné à l'infini carrefour. Il est le Passager par excellence, c'est-à-dire le prisonnier du passage. Et la terre sur laquelle il abordera, on ne la connaît pas, tout comme on ne sait pas, quand il prend pied, de quelle terre il vient. (Foucault, 1976, p.13)

1.2.1.2 Fonction sociale de l'hétérotopie

Ce détour par la Nef des fous nous aide à mettre en évidence la nécessité pour les sociétés à créer un espace autre (Héteros -Tópos), à créer des lieux autres que tous les lieux dans lesquels nous vivons notre vie habituelle, familiale, « des lieux qui s'opposent à tous les autres, qui sont destinés en quelque sorte à les effacer, à les neutraliser ou à les purifier. » (Foucault, 1966).

Nos premières réactions (comportements, façons de penser) par rapport à la « folie » sont des schèmes culturels issus de l'histoire qui n'aident pas celui qui souffre mais protège celui qui aide (P. Denoux, Cours magistral, 3 février 2017). Ces images archaïques de lieux d'exil, d'exclusion, de lieux concentrationnaires sont présentes dans notre inconscient culturel et guident encore nos

comportements et nos pensées. Ainsi, l'entrée en ces lieux réactive tous les stéréotypes et entraîne culpabilité des familles et effarement des usagers.

L'exclusion, le placement plus ou moins consenti des personnes (EHPAD, hospitalisation) est à double visée de protection sociale : protection de la société et protection du patient. Zenoni écrit : « C'est d'abord à cause d'une insupportable clinique que la pratique collective de l'institution se met en place et non pas en vue d'un objectif psychothérapeutique. » (Zenoni, 2009, p. 19) Pour l'auteur, l'institution a avant tout une fonction sociale qu'il est nécessaire de maintenir. Ainsi, l'institution ne doit pas être maintenue car elle guérit (il y aurait risque d'hospitalisations sans fin), ni supprimée car elle ne guérit pas (de nombreux malades se retrouveraient alors livrés à eux-mêmes). Ainsi, cette fonction sociale, hospitalière (dans le sens de l'hébergement) consiste à protéger les gens de leurs propres pulsions, faiblesse etc.

Nous pensons au choix qui se pose à Mme C. : Son état étant stabilisé, elle est capable maintenant de reprendre une vie sociale, sans pouvoir pour autant ni retravailler, ni conduire. Il lui est proposé un suivi en hôpital de jour dans la ville où elle vivait avec son compagnon, ou bien de poursuivre ici ses activités thérapeutiques, mais elle devrait alors trouver un hébergement. La patiente n'a, en dehors de son compagnon, aucun soutien amical ou familial. L'équipe pressent un désir d'éloignement du compagnon de cette patiente. Un autre exemple : Mme R. 20 ans, placée en IME, est hospitalisée à cause d'un passage à l'acte violent dans sa famille. Sa mère et sa tutrice recherchent une famille d'accueil. L'IME est en période de vacances scolaires, la famille d'accueil pas encore trouvée, l'hospitalisation dure parce qu'il n'y a pas d'autre endroit. Ces deux vignettes cliniques illustrent la position d'entre-deux, de maintien d'équilibre social par l'institution. Pour Zenoni(2009), « Maintenir cette fonction sociale permet de marquer une limite à une volonté thérapeutique qui, sans cette limite, risque de transformer l'institution en lieu d'aliénation et d'expérimentation à outrance. »

1.2.2 Hétérotopie en crise

Pour Foucault (2004), l'hétérotopie de *crise* concerne les hétérotopies *biologiques*, qui ont pour but de proposer un espace pour vivre une crise, un rituel de passage. Ces hétérotopies, en occident, ont disparu. Foucault parle d'hétérotopie de *déviaton* pour signifier les lieux réservés aux personnes hors les normes en vigueur dans une société : hôpitaux psychiatriques, prisons. Les maisons de retraite peuvent être, selon l'auteur, considérées comme des hétérotopies de crise en

tant que la vieillesse est une *dévi*ation biologique. Cependant, il reconnaît déjà que la vieillesse est considérée comme une déviance sociale, ce qui vaut également à ces lieux la qualification d'hétérotopie de déviation.

Dans notre mémoire, nous utilisons l'appellation Hétérotopie de *dévi*ation en *crise*. Mais la crise dont nous parlons n'est plus la crise biologique mais plutôt une crise existentielle. Selon Boutinet (2013), la crise existentielle exprime une incertitude existentielle et indique que le temps vécu n'est pas sur un continuum monotone et qu'il s'agit plutôt d'une temporalité en spirale avec des moments d'assimilation de l'expérience, de déstabilisation, de rupture et de recomposition (avec ou sous intégration de la crise).

Ainsi, dans « hétérotopie de déviation en crise », le qualificatif « en crise » peut alors être appliqué aussi bien aux institutions en pleine ébullition, décomposition, recomposition qu'aux usagers en crise existentielle, en rupture, en dépendance.

La dimension de déstabilisation, de rupture évoque la disruption (Stiegler, 2016), c'est à dire le pouvoir de destruction globale d'un monde hyper-connecté, de plus en plus rapide, qui nous dépossède du moindre de nos désirs, volontés. Dans la disruption, les individus n'ont plus dorénavant qu'à s'embarquer dans la nef. Dès 1976, Morin souligne que la crise, dans nos sociétés occidentales, n'est plus décision, choix, mais indécision, incertitude : « Le mot sert désormais à nommer l'innommable ; il renvoie à une double béance : béance dans notre savoir ; béance dans la réalité sociale elle-même ». Morin se distingue de Boutinet en ce qu'il extirpe le concept de crise de celui de l'évolution.

Pour Morin, l'évolution n'est pas une crise permanente ; la crise nécessite d'abord un avant et un après à peu-près normaux. Il définit trois composantes de la crise : 1/La perturbation : Bien sur cette perturbation peut être d'origine externe (accident, événement) ou interne. Les perturbations internes proviennent de processus habituellement non perturbateurs : phénomènes de surcharge (la charge fait fonctionner un système jusqu'à un certain seuil) ou bien d'injonctions paradoxales. 2/L'accroissement des désordres et des incertitudes. 3/Le blocage : Le désordre entraîne paralysie et rigidification des organisations (suspension en premier lieu des feed-back négatifs qui permettent de corriger les comportements déviants. Pour l'auteur, au delà d'être simplement l'ensemble de ces composantes, la crise en est leur dialectisation : « La crise, c'est à la fois les blocages et les déblocages, les jeux des feed-back négatifs et positifs, les antagonismes et les solidarités, les double-bind, les recherches pratiques et magiques, les solutions au niveau

physique et au niveau mythologique. ». L'issue, la résolution de la crise est ainsi aléatoire : soit régressive (statu quo ante, destruction partielle) ou progressive (invention, changement).

1.2.3 Récit collectif hétérotopique

Conséquence de la crise ou nécessité sociale, tout se passe comme si ces deux institutions fonctionnaient sur la trame d'un récit absent, transparent, incertain. Cette incertitude entraîne la nécessaire adaptation et créativité permanente des agents. Dans les deux lieux, plane un récit collectif fait de trous, silences et interrogations. Dans le service de psychiatrie, la question des finalités de la présence ici des malades est sans cesse posée. Comme nous l'avons décrit plus haut, la prise en charge est une constante oscillation entre proposition d'hébergement, contenance, soin, protection. De la même façon, l'EHPAD est un établissement de soins (pour personnes dépendantes) mais relève d'une logique d'hébergement. Ainsi, Les soignants ont à s'inscrire, à définir leurs actions dans cette définition à double sens de leur environnement.

Perdus dans des atermoiements dus à une mission paradoxale, les professionnels se rapportent au roman familial, au mythe originel. « La résidence de l'Arize », établissement d'origine de l'EHPAD, occupe plus d'une page dans le projet d'établissement. La problématique est la même au centre psychothérapique où les vestiges abandonnés (cinéma, chapelle, bibliothèque, etc.) témoignent du prestige du fleuron institutionnel des années 60. Ces murs anciens, maintenant voués à une autre destination pour l'Arize, sont les traces des récits collectifs, ancrés dans les psychismes, bases et refuges.

Ces ruines prestigieuses sont, pour Enriquez (2003, p. 83) « l'enveloppe mythique permettant la fondation de l'institution », dans laquelle « rôde le fantôme des premiers fondateurs. » Selon l'auteur, ce fantôme joue un quadruple rôle :

- 1/ imprimer un sentiment de culpabilité chez les nouveaux arrivants qui doivent se montrer à la hauteur de l'équipe (mythique) parfaite des origines,
- 2/ maintenir le pouvoir des dirigeants encore présents, malgré des dysfonctionnements actuels notables,
- 3/ ne pas remettre en cause le projet initial de l'institution, même s'il était erroné dès sa genèse,
- 4/ entretenir la légende, le récit, le drame, le tragique d'une faute inavouée constitutive de l'institution et de sa répétition inéluctable.

1.2.4 Le passager de l'hétérotopie de déviation en crise

1.2.4.1 Son histoire de vie

Le patient, le résident, cette personne embarquée, n'a plus de passé. Certes, les équipes soignantes s'efforcent de construire l'anamnèse. Ce travail de récapitulation consiste à relever des informations de vécu, administratives, sociales, mais surtout utilitaires, en fonction d'une finalité, à partir de thèmes définis au préalable. Ainsi, Soumet-Leman (2011) distingue la perspective explicative de l'anamnèse, permettant d'associer les événements de vie aux troubles constatés, de la perspective compréhensive recherchée par l'histoire, le récit de vie, permettant de donner du sens aux événements vécus. Or, ce récit de vie, personne n'est plus là pour le partager ou l'accueillir, personne n'a plus le temps de la reviviscence. Dans l'hétérotopie de déviation en crise, le passé, le vécu n'est pas l'objet central de l'attention, du soin, de l'accompagnement.

Le déroulé de l'histoire de vie du sujet avec la présence en ces lieux du patient en psychiatrie, l'étendue des événements de vie, les traversées de frontières, d'époques et de générations des résidents en EHPAD, peuvent apparaître comme une menace. D'abord une menace pour les soignants. En effet, les patients de la psychiatrie doivent conserver une part d'ombre, un nœud de mystère insondable (la maladie) qui les éloignent de l'homme sain. De la même façon, il est impossible de concevoir la conclusion d'une vie riche, intégrée et entourée par un placement en EHPAD. La maladie, l'accident, ici aussi apportent une explication causale. Du côté du patient, cette angoisse est également manifeste. La rupture est telle entre le monde du dehors (de l'avant) et celui du dedans (maintenant) qu'il est impensable de maintenir une continuité dans leur sentiment d'identité.

De nos jours, le patient, l'utilisateur est certes au centre des dispositifs de soin, mais il y réside tel qu'il est conçu et concevable par ces dispositifs-mêmes. C'est à dire répondant à des logiques d'efficacité et de simplicité. La complexité est proscrite, et donc les récits d'histoires singulières sont inopportuns. En revanche, les hétérotopies s'accommodent davantage du fait que l'utilisateur « n'a sa vérité et sa patrie que dans cette étendue inféconde entre deux terres qui ne peuvent lui appartenir » (Foucault, 1976, p. 16).

1.2.4.2 Clivage et ségrégation

Ce passager hétérotopique a aussi du mal à savoir où il va, où il se meut. Le nouvel univers, ce lieu hors du monde dans lequel tombe le passager est vide, sans repères : « N'allant

nulle part, ne venant de nulle part » (Beckett, 2012). Ce qui frappe, c'est la méconnaissance du lieu, ses dimensions, ses ailes interdites. Au cours d'une promenade dans les jardins de l'EHPAD, une résidente nous demande, désignant des fenêtres du rez-de-chaussée : « je ne connais pas cette partie du bâtiment, je ne comprends pas où ça se trouve. ». Nous avons pensé au patient de la clinique de Buzzati(1969) qui ignore et redoute les mystérieux étages du dessous. Le lieu de l'autre est inconnu. Les résidents en secteur ouvert ne connaissent pas les locaux du Cantou (secteur protégé) ou du PASA. Pourtant ils passent devant les fenêtres. L'étranger si proche et si différent. Le personnage de Beckett (2012) ignore les dimensions qui l'enserrent : « L'endroit est peut-être vaste, comme il peut n'avoir que douze pieds de diamètre ». Pourtant ce lieu est déjà partie intégrante de la vie des passagers. Il devient même leur univers. Dans un lieu-univers sans passé, sans futur, sans dimension, la parole est impuissante. Il n'y a plus de résonance sur des murs, des miroirs, des diffractions sur des angles, des matières mais seulement l'étouffement dans le néant ou le vide.

Si le passé est condamné à rester insu par l'autre, si la compréhension de sa présence ici et maintenant est imparfaite, ce dont l'usager est sûr c'est de sa différenciation d'avec d'autres lieux-autres au sein de sa propre hétérotopie. Dans l'EHPAD, les résidents du secteur ouvert à propos de ceux du secteur protégé (Cantou) : « Les pauvres gens, c'est terrible de finir comme ça... ». Et ; à l'inverse une résidente du Cantou exprime clairement son angoisse par rapport aux dimensions démesurées, à l'ambiance trop excitante et à l'absence de sentiment de sécurité du secteur ouvert. À noter que cette possibilité qu'ont les hétérotopies à faire cohabiter dans le même lieu des entités différentes, voire incompatibles (e.g. : théâtre et jardin) est un des principes de l'*hétérotopologie* de Foucault (2004, p. 15).

Dans le service de psychiatrie, la même différenciation opère. Tout en faisant référence à des rivières ou autre lieu pittoresque de la région, les noms des bâtiments-services indiquent le niveau de gravité des troubles (pic, grave, serein). Le service où nous sommes est le plus « serein » de l'établissement. Là, les usagers sont assez libres de leurs mouvements : permissions de sorties de quelques heures à quelques jours. Les chambres ont la télé à la différence des autres services (« Là-bas ils sont tellement gavés de médicaments qu'ils n'ont pas de problème pour s'endormir » dit une patiente qui y a passé quelque temps.) La plupart des personnes ont déjà l'expérience du passage dans les autres pavillons. Cette expérience constitue quelquefois un des seuls éléments qui permettent de décrire une personnalité, à défaut d'en savoir davantage sur la personne. Il y a

une différence entre ceux qui ont précédemment expérimenté le pavillon du pic et ceux qui arrivent directement au pavillon serein, cette différence dit quelque chose du patient.

« Le malade mental, dans le cadre qu'on lui a créé, finit par partager les vues d'un certain racisme psychiatrique : la ségrégation étant en effet loin d'être l'apanage du psychiatre. » (Mannoni, 1970). En effet, nous observons qu'en effet des processus de catégorisation émanent très rapidement des résidents de l'EHPAD. Sont distingués : ceux qui vont bien, ceux qui vont moins bien et ceux qui vont très mal. Également ceux du secteur protégé sont opposés à ceux du secteur ouvert, etc. Et l'institution elle-même, au plus fort de la crise, peut faire montre d'un fonctionnement quasi-ségrégationnel à travers des préférences villageoises, familiales, etc.

Catégorisation et différenciation sont deux processus à la base de la création des groupes sociaux. Les patients et résidents que nous rencontrons dans ces deux institutions sont pour la plupart arrachés à un environnement, une vie, une famille, un travail, des habitudes, des fonctionnements et projetés dans un nouvel environnement. Si cela est possible, une sorte de réflexe adaptatif se met en place et permet de détecter des catégories, des ordonnancements et de se placer dans le groupe le moins engageant possible dans l'institution (être vieux mais pas malade d'Alzheimer, être en burn-out, bipolaire mais pas schizophrène).

1.2.4.3 Affiliation aux modèles

a) au modèle social : le patient usager

Des soignants témoignent au centre psychothérapique du changement de posture, d'attitude des patient : « À l'époque [ancienne], ils voulaient guérir, se débarrasser de leur maladie, respectaient les soignants. Aujourd'hui, plus de respect, ils ont des droits et ne veulent qu'une chose : obtenir l'A.A.H. (allocation adulte handicapé) ».

En psychiatrie, l'acculturation des patients au modèle institutionnel, au décours des hospitalisations nombreuses et de longue durée, transforme l'inexistence schizophrénique de l'altérité en une pseudo-altérité, une altérité-objet. Des usagers très intégrés, sur-adaptés *consomment du psy*. Dès notre premier jour en psychiatrie, des patients nous demandaient quand nous pourrions les recevoir en entretien. Le psychologue est un remède, un outil communément utilisé. Prônant la mise à disposition de notre appareil psychique pour que le sujet puisse élaborer en toute sécurité, nous ne pouvons déplorer cette objectalisation du psy. Par ailleurs, la demande, élément central de la démarche thérapeutique est ici très forte. Nous pressentons que cette

demande n'est pas forcément demande de changement mais plutôt demande de fonctionnement, de traitement, de contenance et de ligature de personnalités continuellement en miettes.

b) au modèle crisique

À l'intérieur du modèle institutionnel, le patient épouse, absorbe même le modèle relationnel et émotionnel. Ainsi, le clivage des personnels de l'EHPAD en deux groupes : les dominants / les dominés (ou les méchants et les gentils), le clivage classique des soignants et soignés, le clivage transversal (patients et soignants) natifs / étrangers sont autant de ruptures auxquelles personne ne peut échapper. Dans cette ambiance, ni les patients, ni les soignants ne peuvent risquer leur parole. La peur de représailles, de rejet ou d'abandon de la part de l'autre camp signe la fin de la parole et le délitement des liens.

La situation de crise, en tant qu'elle secoue l'institué, implique que chacun se raccroche à un récit collectif. Or précisément, la crise remet en cause ce récit collectif, les projets d'établissement, les rôles de chaque professionnel, le statut même du patient. De cette incertitude naissent alors angoisse et conflits. Les patients deviennent des patients symptômes : « les patients chauffent ! » selon un résumé de transmissions à l'EHPAD.

c) au modèle médical

Le modèle médical procède aussi d'un clivage. Cette dissociation (Worms, 2006) n'appréhende la personne à soigner, traiter, aider que sur une seule de ses dimensions.

Si le soin relationnel ou « thérapeutique » est global et intégratif, on voit que le soin « thérapeutique » est nécessairement et inévitablement partiel et même dissociatif : il consiste d'abord à isoler « le mal », la partie du corps ou la fonction de l'organisme qui est atteinte pour pouvoir y répondre de manière appropriée. (Worms, 2006, p.151)

Tant que cette conception du soin s'articule avec d'autres conceptions: psychique, sociale, éducative, etc. dans le sens d'une convergence dans la relation de soin ; alors la dynamique dialectique, le jeu des influences de chaque partie garantit une prise en charge équilibrée et globale. Sinon, il y a risque de totalitarisme. Du côté du totalitarisme médical, Worms (2006) parle d'une volonté de maîtriser la vie ; ce qui constitue davantage un pouvoir qu'un secours. C'est cet idéal de toute puissance de la part du médical que nous observons à l'EHPAD. Et, malgré l'achoppement au quotidien de ce modèle à l'irréductibilité de la souffrance morale ou à la mort, aucune place n'y est faite pour le sujet et ce modèle règne en maître.

Il s'agit de la « honte de vivre » selon Lacan (1969), cité par Bernard (2014) : « le discours de la modernité, le discours du capitalisme associé au discours de la science, s'efforce d'éluder la mort, c'est à dire l'impossible, c'est à dire le réel. »

Aucune place n'est faite pour un sujet dont la vie psychique ne se manifeste pas dans un thermomètre mais dans ce qu'il pense et exprime de ce qu'il pense.

1.2.4.4 Avènement d'une personnalité interculturelle

Devenir dépendant, tomber malade, subir un traumatisme fait atterrir dans un pays autre que celui où l'on réside habituellement, avant.

La maladie est la zone d'ombre de la vie, un territoire auquel il coûte cher d'appartenir. En naissant, nous acquérons une double nationalité qui relève du royaume des bien-portants comme de celui des malades. Et bien que nous préférions tous présenter le bon passeport, le jour vient où chacun de nous est contraint, ne serait-ce qu'un court moment, de se reconnaître citoyen de l'autre contrée. (Sontag, 1979, p. 9)

Les personnes entrant en EHPAD sont immédiatement engagées dans une déstabilisation identitaire (Dayot, 2017). Ce contact avec la culture institutionnelle, modulé par d'autres facteurs (parcours de vie, expériences interculturelles précédentes, niveau de dépendance, etc.), entraîne un processus d'interculturalisation. Ce processus se traduit par l'apparition « de nouveaux comportements, verbalisations et constructions de sens pouvant conduire soit à une impasse (interculturalisation négative) soit à des solutions (interculturalisation positive). » (Denoux, 2013, p. 371). Le nouveau résident n'a que rarement le loisir d'élaborer des stratégies identitaires lui permettant de gérer le « changement dans la continuité », cherchant à protéger « la fiction de l'unité du Moi » (Denoux, 1994, p. 266). D'ailleurs, l'Auteur précise qu'il n'est même plus pensable d'opposer une intériorité en lien à la fonction ontologique de l'identité à une extériorité en lien avec une fonction pragmatique de l'identité. Denoux (1994, p.265) décrit la personnalité interculturelle comme « une tension ou une circulation ou encore une disjonction entre plusieurs traits identitaires éventuellement en totale contradiction. »

Côté soignant, vivre en territoire hétérotopique, relevant d'une culture autre, constitue un risque :

Lorsque la folie ou au moins l'explosion archaïque constitue la « normalité », le système culturel est en défaut, les interdits et les structures deviennent fragiles : les rapports de force (mettant en jeu les corps et les psychés) sont susceptibles de prévaloir sur les relations où l'altérité de l'autre se voit respectée. De fait, lorsqu'un groupe fonctionne sous l'égide du rapport de force la mort physique ou mentale n'est jamais loin. (Enriquez, 2003, p. 87)

1.3. Visages de la Parole en hétérotopie

1.3.1 *La parole bloquée*

1.3.1.1 *Rester sans voix*

Démence, dépression, ralentissement psychomoteur, aphasie, etc. sont autant d'empêchements de la parole. Le blocage de la parole s'origine dans une cause physique, psychique, cognitive, sociale, environnementale, etc. Le traumatisme d'entrée en institution redoublant d'autres traumatismes antérieurs (migration, deuils, pertes, etc.) entraînent sidération, mutisme. Pour Leroux (2006, p. 2), c'est « Rester sans voix, après une bataille dont l'être sort vaincu [...] Rester sans voix, c'est interrompre le flux des paroles et des pensées, comme si la force que requiert la parole se dérobaît. »

Pour l'auteur, le rester sans voix est signe de la prise de conscience de soi en tant qu'être vulnérable, de l'éprouvé cruel de la rupture de l'évidence vitale et identitaire. Le sujet ressent brutalement un effondrement des rapports anciens avec son environnement, un éloignement sans retour d'avec le monde d'avant.

1.3.1.2 *Mécanisme de défense*

Le silence est une défense, un réflexe mu par la peur.

D'abord, pour le résident, se confier au soignant, au psychologue, ne va pas de soi lorsqu'il a affaire à une altérité telle que la mort. Cette altérité, dont l'étrangeté est renforcée par le tabou culturel qui l'enveloppe, est difficilement évocable, car difficilement pensable. Même si le thème de la mort est prégnant et central pour les résidents en EHPAD, l'aborder, l'explicitier consisterait peut être à faire advenir, à rendre réel ce qui est redouté.

Par ailleurs, la plupart de ces personnes n'ont pas été projetées dans cette hétérotopie de leur plein gré. Comme écrit Billé (2016, p. 57), elles ont été « mises dans leur dernière demeure par une dernière mise en demeure : [...] Il n'y a plus moyen de faire autrement, la seule solution qui nous reste c'est que tu entres en maison de retraite... » L'auteur souligne le caractère de contrainte immédiate, inéluctable ainsi que la marque du sceau de la culpabilité de cette mise en demeure. Se taire est alors une mesure de prudence, face à la menace sur leur intégrité, après que leur identité vient de se fracturer. Il s'agit de ne pas « abdiquer leur identité » (Billé, 2016).

Ainsi, le sentiment de vulnérabilité est maximal, et le repli sur soi, le silence prudent est un réflexe de sauvegarde.

1.3.1.3 Censure

Pour Bouisson (2007), la perception confuse d'une altération de leurs performances (cognitives surtout) entraîne le réflexe de masquer cette altération (pour autrui et pour eux-mêmes). Par exemple, une personne peut avoir envie d'évoquer tel souvenir de tel événement, mais, devant l'imprécision de la remémoration, elle préfère s'auto-censurer, se taire que d'afficher sa vulnérabilité.

Cette censure peut également être une règle de comportement héritée des soignants comme nous l'évoquerons plus loin (cf p. 18)

1.3.2 La parole discréditée, évitée

« À l'asile, le dire du patient est généralement moins entendu que son agir. Le médicament vient toujours protéger le soignant contre ce que le malade peut véhiculer comme angoisse (de mort) et de désir (sexuel) d'agression. » (Manonni, 1970, p. 58).

Au cas où une parole serait quand même émise, elle serait alors discréditée par les soignants. Talpin (2005), identifie deux principales voies de disqualifications : 1/ recevoir (ou pas donc) la parole en tant que plainte dépressive, ou hypocondriaque 2/la recevoir en tant que revendication (agressive).

De leur présence même en ce lieu, la parole des résidents a acquis une valeur moindre. Elle est considérée comme biaisée et n'est donc pas entendue, voire raillée. Bien évidemment, au retour d'un tel accueil, les résidents sont en défaut de confiance envers les soignants, et ne se livrent plus.

La parole est étouffée, on ne lui laisse pas de place : Le ton perché, la voix aiguë, la parole forte (certes certains résidents sont sourds mais 1/pas tous et 2/parler plus près est plus efficace) empêchent toute velléité d'argutie, d'opposition, de réponse de l'interlocuteur. Ce ton indique la fermeture de la communication : « Allo, je ne vous entends plus ». On perçoit dans ce comportement verbal, que nous sommes tentée de qualifier de passage à l'acte verbal, quelque chose qui étouffe, *occit*, *dégomme* tous les autres sons et paroles, qui bloque même la pensée. Ainsi, nous avons éprouvé un sentiment de suspension, de blocage temporaire, les yeux écarquillés, en entendant vociférer de la sorte. L'aimable « vous voulez quelque chose Mme X ? » est entendu comme un « du balai ».

En psychiatrie, c'est le ballet des clefs, la symphonie des gros cliquetis dans les serrures sur les portes anciennes qui résonnent. La connotation pénitentiaire n'aide pas à la confiance.

Ainsi, tout se passe comme s'il y avait une propension à remplir l'espace où pourrait advenir la parole. Le niveau sonore sature alors l'espace, remplit le silence, il n'y a plus de place pour la parole.

1.3.3 La parole enfermée dans le récit médical

Dans un cadre d'hospitalisation psychiatrique, le patient peut avoir tendance à rester enfermé dans le discours médical. Mme P. : « alors tout ça, c'est à cause de ma psychose, donc... ». Freud (1929) décrit l'ultime solution d'un sujet qui, ne pouvant trouver le bonheur, se rabat sur des satisfactions substitutives par la « fuite dans la maladie ». La parole est alors centrée sur la maladie : le monde est expliqué comme origine et conséquence de cette maladie, avec pour axiome central que rien ne peut être autrement. Dans ce cadre, l'entretien psychologique est plutôt stérile, vain.

Par ailleurs, il arrive que le soignant ne perçoive plus la parole du sujet délirant qu'à travers le filtre de son délire, comme une « erreur incorrigible » tel que la psychiatrie l'enseignait naguère. Pourtant, Benedetti (2002) défend un abord psychothérapeutique du délire :

Cette attitude consiste en général à concevoir le délire comme un symbole, à lui reconnaître un sens, et en outre, à le considérer comme l'aboutissement d'une histoire psychique secrète. Nous devons admettre que le délire est un acte d'auto-affirmation, résultat de la recherche d'identité du patient. Le délire doit être considéré comme une communication codée adressée au milieu environnant et comme une tentative du patient pour dire quelque chose de lui-même tout en se dissimulant (Benedetti, 2002, p.28)

L'auteur préconise pour les soignants un effort incessant pour comprendre l'incompréhensible (même au prix de nos propres projections) et le respect pour cette existence occultée.

1.3.4 La parole recherchée

La mission du psychologue en institution, consiste, d'après Andronikof et Réveillère (2004, cités par Castro, 2011, p. 22) à : « prendre en charge et accompagner la dimension psychologique du sujet, sa perception de sa maladie et des liens qu'il établit avec sa personnalité. » et particulièrement à : « œuvrer pour favoriser la véritable rencontre du sujet avec lui-même » (Castro, 2011, p. 22). L'entretien (psychothérapeutique, de soutien, de suivi) constitue

une des principales modalités de ce travail. Favoriser et rechercher la parole du patient est ainsi un souci constant. La recherche et l'attente de la parole du patient pose alors la question de l'existence de sa demande. Certes, la demande est fondamentale pour un cheminement vers un mieux-être, car elle exprime une motivation, une offre d'alliance. Toutefois, la demande constitue un premier écran, un premier obstacle entre le patient et le psychologue puisqu'elle n'est pas toujours présente. Sans demande, et hors prescription médicale, le psychologue doit inventer des artifices pour ouvrir la parole du patient.

Et même si la demande est présente, elle peut cacher un désir de bénéfice tel qu'une permission, une assurance de sortie, etc.

1.3.5 La parole comme agent de guérison

Le préalable à toute considération thérapeutique sur la parole est de distinguer la parole vide de la parole pleine. Dans la parole vide, le discours du sujet est celui de la méconnaissance, un discours imaginaire, qui tendrait à rejoindre l'image du miroir. Les soignants peuvent faire réponse à cette parole vide et même l'utiliser. « Une réponse, même et surtout approbatrice, à la parole vide montre souvent par ses effets qu'elle est bien plus frustrante que le silence. » (Lacan, 1953). La parole pleine fait surgir le sujet dans ses accès de vérité (qui est différente de la réalité). Elle permet de réordonner les contingences passées et de donner sens au présent. Il s'agit moins d'un passage à la conscience que de passage à la parole en tant que la parole est entendue par quelqu'un, qu'elle entraîne une reconnaissance.

Quelles sont les vertus thérapeutiques de la parole ?

Selon l'approche psychanalytique, il s'agit d'un trajet vers un mieux être, afin d'élaborer, de supporter des souffrances, des conflits, une angoisse. La parole permet de vider des « poches de radiation » inconscientes, en inscrivant des événements jamais liés.

Selon l'approche phénoménologique, la parole permet d'être reconnu comme semblable en s'inscrivant dans un récit collectif. Le sujet construit son récit, i.e. ce qu'il dit aujourd'hui de sa vie, les significations qu'il a construites et qui organisent sa psyché et son identité. Son récit est alors un moyen de redéployer ce qui a été sédimenté au cœur d'une histoire (Ricœur, 1990, p. 148).

Ainsi, comprendre, éclairer est la première fonction de la parole et retrouver son identité, se reconnaître en est la seconde. Ainsi, Van Lander (2015) rapporte les mots d'une patiente en soin palliatifs :

Je sais bien que d'en parler ne change rien à ma situation, mais ça me donne l'impression de mieux comprendre ce que je ressens et, surtout, de me retrouver plus moi. Vous allez trouver ça bizarre : je veux bien mourir, mais pas me sentir comme une malade. Je veux me sentir moi. (Van Lander, 2015, p. 30)

1.3.6 Les effets de l'absence de parole

Le blocage de la parole empêche le sujet d'élaborer, de réparer les déliaisons, son angoisse reste massive, entière et non-maîtrisée, ne laissant plus de place à la réflexion et l'autonomie. Ainsi, sa dépendance au soignant augmente. Cette dépendance au soignant est tant payée de retour (Baltes, 1996, cité par Igier, 2015, p. 35) qu'on peut craindre que ce lien de causalité silence-dépendance entraîne une recherche du silence par le patient. Chez les patients qui n'ont plus accès à la parole (démence, aphasies, etc.) : on leur prête des interprétations, dans lesquelles se rejouent des luttes de pouvoir, d'influence des soignants. « Somatisations, dépression, plaintes sont autant de manières pour l'ancien de répondre à l'offre qu'une culture lui fait, lui ôtant la possibilité de converser avec lui-même » (Fromage, 2007, p. 231)

1.3.7. L'accueil de la parole par le psychologue interculturel.

Il s'agit d'« apprendre à penser l'altérité sans partir de la présupposition de l'Autre comme objet » (Abdallah-Preteille et Porcher, 2001, p. 71). Aussi, le psychologue interculturel va prendre en compte plusieurs paramètres avant de chercher à faire (ou non) émerger la parole (pleine) :

1.3.7.1 L'irruption des MAD par la catégorisation médicale

L'impossibilité d'accès aux dossiers médicaux des usagers du centre psychothérapique, pendant la période d'observation, a empêché la mise en place d'une écoute filtrée, déductive, où la parole du patient ne viendrait qu'interroger ou confirmer le diagnostic posé. Ainsi, Manonni (1970) écrit : « Il est demandé au malade de venir illustrer un certain savoir tel qu'on le trouve dans les manuels de psychiatrie. Devenu objet de science, le fou a perdu un dire de vérité. » D'ailleurs, cette étiquette diagnostique est rarement évoquée de la part du patient dans les premiers instants. En revanche, un récit explicatif, descriptif, logique de l'enchaînement des

causes et des effets apparaît souvent spontanément. Les discussions entre patients peuvent être basées sur ces récits mais rarement sur la *maladie*.

Puis au fil du temps, certaines personnes nous ont fait état de ce diagnostic. Au retour d'une petite promenade à la cafétéria, Mme X nous dit abruptement : « *Sinon, moi Je suis bipolaire. Voilà, mais ne le dites pas s'il vous plait, personne ne le sait dans le groupe.* » Mme P. : « *Il paraît que je suis psychotique. Je veux bien, tant qu'on me reconnaît en même temps en tant que femme intelligente, artiste, féministe, victime. Mais cette psychose ne provient pas de moi. Elle vient de ce qu'on m'a fait subir.* »

Grâce à cette période d'observation, les modes d'appréhension de la différence, ou MAD (Denoux, 2003) n'ont pas eu le temps de s'ériger en barrières différenciatrices entre patients et nous-soignants :

« Les MAD sont des ensembles finalisés d'images implicites mobilisées immédiatement par la confrontation culturelle, qui modélisent la relation interculturelle avant toute structuration de l'interaction en donnant une signification à la différence et en orientant celle-ci vers une rationalité spécifique. » (Denoux, 2003, p. 162)

Il s'agit, dans notre pratique, d'intérioriser cette expérience de rencontre dans le non-savoir, dans la découverte de l'autre sans l'avoir déjà pré-dessiné ; i.e. sans avoir déjà déterminé son passé, son problème, le remède et le futur. « Une éthique du décentrage comme position méthodologique paraît une solution psychique adéquate dans les pratiques cliniques aux interfaces entre des mondes hétérogènes. ». Sironi (2003, p. 8)

1.3.7.2 Biais culturel

L'interprétation de cette parole peut être biaisée par le changement de discours, de croyances, de valeurs, de références, par le changement même de conception de l'humain, dus :

- à l'acculturation à ces hétérotopies
- à l'accommodation de l'approche de la mort (sidération, inquiétante étrangeté).

Dans ces hétérotopies (EHPAD, HP), le psychologue doit être constamment conscient du décalage culturel qui s'est opéré, et de le prendre en compte dans ses analyses.

1.3.8 La parole des soignants

Elle est soumise à l'ensemble des mêmes contraintes et déterminants que la parole des usagers. Toutefois, on distingue nettement la parole en EHPAD de celle en psychiatrie. La mission, la finalité de ces institutions diffère radicalement : homéostasie jusqu'à la mort pour

l'EHPAD, soutien, guérison, amélioration, soulagement, retour au plus d'autonomie possible pour le service psychiatrique.

1.3.8.1 EHPAD

C'est l'observation dans ce lieu de stage d'une parole totalement opératoire qui a motivé le choix de notre étude comme nous le précisons en introduction. Certes l'institution a souffert du départ du directeur, du médecin coordinateur, de l'IDEC et a traversé une grave crise institutionnelle. Chez les soignants, en situation de crise, le silence des professionnels peut être un mode de défense (peur de devenir le bouc émissaire) mais également un désir de contrôle (management de l'information, augmentation de la pression). La parole est jugée dangereuse pour certains. Les repas du personnel se font dans le silence absolu. Le mutisme des lieux interstitiels en général est la conséquence de la crainte des conflits dans une institution totalitaire. C'est le régime de la censure : Tout le monde n'a pas le droit à la parole et tout le monde n'a pas le droit de l'entendre. Cette censure devient alors règle de comportement et s'étend aux résidents.

La finalité, la réalité de la présence des résidents est la dépendance, et au-delà c'est la perte de l'indépendance, qui aboutira sur la perte de l'autonomie, i.e. de la capacité de décider pour soi. Puis, à l'horizon de toutes ces pertes, il y aura la mort. Pour ne pas avoir à « travailler pour la mort comme finalité », les personnes vont « travailler pour maintenir la vie » en évitant de penser la mort. Pour Ploton et al. (2013), l'institution doit s'organiser pour protéger la capacité de penser des soignants. À défaut, une défense se met spontanément en place : la planification, pouvant aller jusqu'à l'organisation obsessionnelle des tâches. Il est préférable de permettre un cadre de réflexion adapté, pour préserver la capacité d'élaborer, de penser. Eludant la finalité de la mort, toute temporalité humaine est effacée en se conformant à une temporalité institutionnelle : lever, transmissions, repas, goûter, repas, coucher

1.3.8.2 Unité psychiatrique

Une parole riche

La parole des soignants, au service psychiatrique, est tout autre. Nous sommes frappée par la richesse de parole, le désir de parole autour des patients d'une majorité des infirmiers :

1/ Les transmissions sont préparées en équipe, avec évocation détaillée de chaque patient, où chacun fait part des échanges et perceptions à propos de ce patient. Un rapport synthétique est établi pour chaque personne.

2/ Lors du passage de cette synthèse à l'équipe suivante, chaque patient est repris en considération, l'équipe arrivante pouvant éventuellement apporter de nouveaux éléments qui auraient échappé à un changement d'équipes précédent. Il s'agit d'un véritable tricotage de savoir autour de chaque patient.

3/ Chaque semaine, une réunion de synthèse, où psychiatres et psychologues sont présents, permet d'évoquer systématiquement chaque patient du service, que de nouveaux événements aient eu lieu ou pas. Chacun apporte son éclairage, son ressenti, ses réflexions. Ce partage de connaissances et points de vue constitue un enrichissement du travail et du statut de chacun. Ce désir de partage de parole est clairement exprimé, explicité par les aides-soignants et infirmiers. Il est motivé par le besoin de comprendre ce qui se joue pour le patient, le désir de le comprendre comme un sujet et non pas seulement un objet auquel on ne peut qu'appliquer des procédures et des techniques.

Incorporée dans cette nouvelle organisation institutionnelle, éprouvant l'inhibition héritée de la lourde censure du premier lieu de stage, il nous semble évident que l'institution agit bien comme une culture, en tant qu'elle forme les esprits.

Une parole dépendante de l'espace

Selon le lieu, la parole des soignants, peut être différente. En réunion de synthèse, même si la parole est extrêmement riche comme nous l'avons décrit plus haut, elle paraît tout de même devoir se placer dans des contenants qui amènent à des consensus, car des décisions doivent être prises, des actions doivent être menées (tel traitement, tel arrêt de traitement, telle orientation, etc.). Pourtant, l'échec du consensus, et donc le conflit peut apparaître : Il prend la forme de la répétition : les mêmes questions ou affirmations reviennent.

En salle de repos, les personnes partagent leurs réflexions, élaborations, quelquefois jusqu'aux expressions de contre-transfert négatifs, sans jugement de la part des autres. Pour Roussillon (1987, p. 159), le « non-mentalisé, l'informe, [...] ce qui ne peut se s'officialiser dans la structure institutionnelle, se faire reconnaître, trouver forme collectivement acceptable doit trouver un mode d'existence ». Et ces « résidus du processus de structuration » ont un destin, dans des lieux « atypiques, atopiques, utopiques », dans l'attente d'une « reprise officielle ultérieure ». L'auteur détermine deux types de lieux d'accueil de ces « résidus » non mentalisés : le débarras (qui permet de vider, éponger, expurger – peut être un lieu tel une salle de repos, une

personne tel que le psychologue) et l'interstice. Les interstices ont ceci de particulier qu'ils sont des lieux de passage (entre deux activités, des seuils de bureaux, des couloirs). Cette position d'entre deux espaces entraîne d'une part de façon mécanique la régulation des tensions énergétiques (comme un joint, un sas). Par ailleurs ils connectent à la fois au monde du dedans et au monde du dehors, ils en possèdent encore la richesse. Pour Roussillon, l'interstice est un lieu de précipitation. Ainsi, un patient donnera des éléments très importants au moment de sortir du bureau. En descendant l'escalier au sortir de la salle de repos, une IDE nous dit : « *Pour Mme C., ça serait bien des TCC, vu le traumatisme* ». L'interstice est ainsi également fonction de porte-parole.

Une parole institutionnelle

C'est grâce à l'observation attentive de cette circulation de parole que nous avons compris un peu du fonctionnement de la psychothérapie institutionnelle. En effet, de la part des soignants, il n'existe pas dans ce lieu de parole qui égale le savoir (tant que le modèle médical n'est pas là-aussi tout puissant). Ainsi, ce qui sera thérapeutique pour un usager, ce ne sera pas la relation thérapeutique, voire le transfert, qui se mettra en place avec un soignant, mais la confrontation des multiples relations thérapeutiques et transferts avec les différents soignants. À l'inverse, chaque soignant éprouvera son propre contre-transfert envers chaque patient (Devereux, 1967, p. 74). Certains se sentiront plus proches d'un patient jeune souffrant d'addictions, travailleront sur son investissement dans le sport, ses intérêts, passions et d'autres éprouveront plus d'empathie pour une dame âgée présentant des troubles démentiels. Et le génie de la psychothérapie institutionnelle est d'avoir intégré la complexité humaine (des soignants et des usagers) dans sa pratique.

1.3.9 Le psychologue a-t-il une parole ?

1.3.9.1 Technique du psychologue

Cette question nous paraît hanter tout stagiaire psychologue ayant un minimum d'éthique : la neutralité bienveillante impose-t-elle le mutisme du psychologue ? Le psychologue paraît d'abord être un spécialiste du silence : silence professionnel permettant l'avènement du sujet, ou bien, silence comme signe de son *embêtement* qui entraîne l'économie de paroles.

Dans le sillage rogérien, Porter (cité par P. Denoux, Cours Entretien Clinique, 25 octobre 2017) a défini six catégories d'attitudes que chacun met en œuvre dans les relations interpersonnelles. Cinq d'entre elles sont à proscrire dans toute intervention du psychologue. Il s'agit des attitudes d'enquête, d'interprétation, de solution, de soutien et du jugement. Ces cinq attitudes entravent et tarissent la parole du sujet. La seule attitude à développer est celle de la reformulation du discours du sujet : le psychologue doit exprimer à son patient ce qu'il a entendu et compris de ce qui a été dit. Ainsi rassuré dans la bonne compréhension de ce qu'il exprime, le patient se sent autorisé à aller plus loin, plus profondément dans ses souvenirs, réflexions et émotions. Le déploiement de cet espace pour penser, grâce à cette exploration entendue et contenue permet une élaboration des conflits et un soulagement des affects douloureux.

D'un autre côté, certains aspects de la pratique psychologique ne font pas l'objet d'enseignements consensuels. Ils sont à découvrir, à inventer et à assumer par chaque psychologue et urgemment par chaque stagiaire. Il s'agit de ce que Bessis (2005), appelle l'économie de paroles.

L'économie de paroles est une stratégie discursive que l'on met en place dès qu'il y a une censure et qui permet d'emmener son public jusqu'à une idée précise à laquelle il n'aurait pas eu accès sans cette stratégie. Dire, non ce que l'on pense mais ce qui est nécessaire au but que l'on s'est fixé est proprement parler par économie. (Bassiss, 2005, p.473)

De ces techniques économiques, l'auteur évoque surtout :

1/ le propos vide : les « je vous écoute », « je vous comprends, c'est difficile », « je vous comprends, c'est compliqué », et le fameux « hum »...lorsque le psychologue est dans l'ignorance totale face au sujet permettent de maintenir l'attention conjointe, une illusion d'alliance avant qu'elle n'existe réellement. Il s'agit de ne pas dégoûter le patient d'emblée.

2/ la culture de l'ambiguïté : à tâtons, selon ce que le patient est capable d'entendre, le psychologue peut tenter des paroles pouvant être accueillies à plusieurs niveaux ou à double-sens. Ainsi, selon la réaction du patient, il sera toujours temps de modifier ce qui lui aura été dit. Bessis indique que le « hum » est ici parfait (« hum » pour un « je suis d'accord » et aussi pour un « je vous écoute »).

Ainsi, il est indispensable que chaque psychologue « forge son économie de paroles ». En effet, le psychologue « doit avoir à sa disposition des réponses aux problèmes immédiats qui lui sont opposés » (Bessis, 2005). Lors du premier entretien avec un patient, l'entière du savoir est du côté du patient. Cependant la mise en place d'une relation de confiance est possible : « Le patient

nous pardonnera notre non-savoir si nous respectons sa façon d'être-un-homme » (Benedetti, 2002, p. 55).

De plus, lorsque le psychologue est stagiaire, il ressent l'écart entre lui et le patient quant au niveau de compétence culturelle institutionnelle. En effet, les patients ont pour la plupart acquis les règles, normes, usages des relations avec un « psy », les règles, normes et usages dans l'institution, dans le bureau du professionnel. Ici, l'économie de paroles permet de constituer ce que Goffman (1963, cité par Winkin, 2001, p. 143) appelle l'engagement (*involvement*). L'économie de paroles permet aussi un étayage pour le patient qui s'effondre sous le poids d'un travail psychique trop pénible, pour contenir des affects de colère, de désespoir, de peur, un début de passage à l'acte.

1.3.9.2 Permettre la parole, une fonction éthique du psychologue

Pour Létuvé (s. d.), une des principales fonctions du psychologue en institution, est de préserver d'un espace de parole (pour les patients, pour le personnel, les familles) :

Les psychologues doivent d'abord favoriser voire garantir des espaces de sécurité pour que cette parole puisse se constituer, s'entendre et faire acte. Pour résumer, les psychologues sont un peu comme les gardiens de la parole, parole des usagers mais aussi et tout autant paroles des acteurs et partenaires du soin psychiatrique». (Létuvé, s. d., p. 6)

Préserver la parole c'est permettre qu'elle émerge, et garantir que cet espace soit le plus étanche possible. La moindre fuite videra la parole, la réduira à néant.

1.4 Avènement et reconnaissance du sujet de la parole

Dans les hétérotopies, la parole du sujet est à entendre à travers l'influence du lieu dans lequel les personnes sont enfermées. Le choc culturel, puis le remaniement identitaire qu'elles ont subi, ont pu rendre inconciliables les deux dimensions de l'identité personnelle décrites par Ricœur (1990, p. 140). : l'idem (la mêmeté) et ipse (l'identité de soi). L'identité-idem justifie le « changement de quelque chose qui ne change pas », la transformation de notre « structure » de base, par le passage lent du temps. Cette identité-idem vole en éclats après l'accident, l'apparition de la maladie, l'enfermement. L'idem n'a pu s'assumer par le passage lent du temps. L'idem fracassée ne peut plus alors supporter l'identité-ipse (l'identité de soi). Deux patientes ont clairement exprimé ce sentiment : « *Je ne me reconnais plus, je ne comprends pas ce qui s'est passé* » dit Mme C., « *à force de parler avec des malades, je perds mon identité* », dit Mme J. Ainsi, l'identité narrative, qui consiste à mettre en récit sa vie, entre histoire et fiction, est une

médiation à trouver entre deux limites, « une limite inférieure où la permanence dans le temps exprime la confusion de l'idem et de l'ipse », dans laquelle on nierait la réalité de tout changement, et « une limite supérieure, où l'ipse pose la question de son identité sans le secours et l'appui de l'idem » (Ricoeur, 1990, p. 150).

Lors de phases de changements de vie brutaux tels que cités plus haut, tels aussi des conversions, des migrations, Ricoeur (1990, p. 197) rapporte des témoignages de « nuits de l'identité personnelle ». Alors, dans cette configuration, « qui suis-je ? »

1.4.1 Souci de Soi

Il ne s'agit pas ici du « connais-toi toi même », c'est à dire d'une quête intellectuelle sur soi. Il ne s'agit pas non plus du soin de soi tel que prôné dans nos univers individualistes hypermodernes (augmentation de l'estime de soi, de la quête du bonheur, etc.). Non ; il s'agit du souci de soi : les sourcils sont froncés -d'où le terme *souci* dans toutes ses acceptions- on s'empare de sa valisette de connaissance de soi, de ses outils (méditation, calme, parole) et on agit : il y a une vérité qui saigne, qui pleure, qui existe et dont on doit s'occuper (« ce que la pensée pense silencieusement »).

Le souci de soi-même d'après Foucault (2001), c'est « le refus de l'oubli de soi. » C'est un principe d'inquiétude, un exercice de présence authentique à soi et aux autres. Il vise la transformation et non pas la simple connaissance. Le souci de soi nécessite, par le récit intérieur, de plier, ranger ce qu'on a appris à connaître de soi. Puis la transformation s'opère par : 1/ une attitude de compréhension à son égard et à l'égard d'autrui 2/ un regard réflexif et une attention tierce (de l'extérieur vers soi-même) 3/ des actions de soi sur soi (de prise en charge, de transformation, transfiguration, purification).

Au delà d'être un conseil éclairé pour chacun, le souci de soi foucauldien est concrètement l'enseignement de base du psychologue stagiaire. Et le souci de l'attention tierce, du regard toujours à interroger s'adresse directement au psychologue interculturel, quand il est en relation avec autrui (analyse du contre-transfert, analyse des biais culturels, analyse du contre-transfert culturel) ou quand il s'analyse lui-même (changement de valeurs, de normes, de croyances : changement culturel).

Le souci de soi, principe d'inquiétude, est soigneusement évité dans certaines institutions.

D'une part l'inquiétude elle-même inquiète par son caractère incertain, imprévisible. Ainsi, en EHPAD, il est communément admis que certains ateliers d'animation ou certains ateliers thérapeutiques encouragent les résidents à raconter des souvenirs de leur passé (jeunesse, travail, etc.). Pourtant nous avons l'impression que ce passé leur était devenu étranger. Maintenant si loin, si inaccessible, ce passé appartient à un autre monde, un monde dans lequel ils ne vivent plus. Nous faisons le lien avec notre recherche de Master 1, où nous avons fait l'hypothèse d'un passé devenu étranger à l'enfant adopté à l'international. Certes, photos, films, souvenirs évoqués avec la famille d'adoption relient à ce passé, il est (dans le meilleur des cas) connu, familier. Mais il est également devenu étranger. Comment trouver alors dans cette matière (souvenirs, récits d'avant) étrangère, *infamilière*, extérieure, séparée de soi, matière à s'ordonner, se renforcer, se soigner, changer ?

Ainsi, en EHPAD on pourrait favoriser l'expression sur le présent: la vie en institution, la condition des vieux, l'entrée en institution. De la matière pour le souci de soi, il pourrait alors s'en trouver, à condition de ne pas éluder l'entre-deux, le passage entre vie d'avant et vie d'après, qui comporte toute la problématique ou la souffrance du sujet.

Ainsi, Enriquez (2000), définit « l'éthique de la finitude »:

C'est l'aptitude de l'homme à admettre sa finitude, sa mortalité, ses manques et ses fêlures et à travailler sur eux afin de parvenir à s'orienter dans l'existence avec le maximum de conscience possible. Cette reconnaissance de ses failles lui permet d'accepter les blessures narcissiques, de se soumettre à un travail de deuil, à admettre ses moments d'impuissance. En un mot, à parvenir à un certain degré de lucidité sur lui-même et sur les autres. S'analyser ainsi favorise une déprise de soi qui ouvre sur l'amour des autres, ou, si cela paraît excessif, sur l'intérêt pour l'autre. (Enriquez, 2000, p. 299)

1.4.2 La question de la mort

D'autre part, le souci de soi, par son regard tierce et réflexif est évité parce qu'il a toutes les chances d'évoquer la mort. Et la mort est le tabou total en ces lieux. La question de la mort est évacuée par le fait médical : « c'est l'*Hora incerta* qui justifie l'impératif numéro Un de toute déontologie médicale. [...] Tout malade, même notoirement incurable, doit être considéré comme guérissable et soigné comme tel ; et ce, jusqu'au dernier soupir inclusivement... » (Jankélévitch, 2008, p. 159). Face à cette heure fatale, il est du libre choix de l'homme de cheminer en authenticité ou en inauthenticité.

Parce que l'homme est un être libre, il peut opter pour un mode de vie authentique qui est celle qui se sait promise à la mort, dans un face à face avec elle sans compromis ni facticité et où le Dasein

va pouvoir se révéler à lui-même dans toute sa vérité. Il peut également opter pour un mode de vie inauthentique, fuir l'angoisse, chercher à se dissimuler à lui-même son être, vouloir échapper à sa propre nature telle qu'elle est manifestée dans le souci. (Chraïbi, Bettayeb et Igier, 2016, p. 198)

Forcer la parole afin d'élaborer un sens, aller au devant de ces modes inauthentiques serait une erreur (Chraïbi, Bettayeb et Igier, 2016). Selon les auteurs, le retour de l'authenticité pour des personnes réfugiées dans l'inauthenticité serait alors retour de l'angoisse et du souci. Et par ailleurs, chercher à effacer l'angoisse de la mort, pour certaines personnes âgées, reviendrait à effacer les angoisses qu'elles ont toujours connues (difficultés de la vie, deuils) et qui sont... leur identité.

L'ignorance protège le sujet, protège le « je » qui s'épanouit ordinairement dans son opacité de structure ; et l'advenue du savoir le menace, le subvertit, le met à mort en tant que sujet (Kessaci, 2014, p. 53).

Les auteurs décrivent la pensée heideggerienne du temps de la mort : « C'est sa condition de mortel qui lui permet de s'interroger sur son être et son existence par l'ouverture nécessaire au monde et à l'autre qu'il doit opérer. » (Chraïbi, Bettayeb et Igier, 2016, p. 197). Cette ouverture, selon les auteurs, n'est possible qu'à partir du souci (souci de soi ; souci des autres).

1.4.3 Reconnaissance de soi

Pour De Gaulejac (2009), « l'avènement du sujet s'inscrit dans une double polarité entre le refus de l'assujettissement et le désir d'être ». Ainsi, il s'agit à la fois de se désentraver, de rompre et à la fois de construire, choisir, reconnaître et faire reconnaître son désir. Cette action de reconnaissance, ce retour vers la connaissance de soi, demande une énergie particulière.

Le sujet n'est pas un état, une substance, un déjà-là, mais une potentialité, une virtualité, un devenir. Il advient dans le travail qu'un individu effectue face aux contradictions auxquelles il est confronté aussi bien dans son intériorité, dans le registre intrapsychique, que dans son extériorité, dans les registres familial et social. Ce travail de subjectivation dépend pour une part du sujet lui-même, et pour une autre des conditions extérieures qui peuvent le favoriser ou l'empêcher. Le processus de subjectivation est une virtualité de tout être humain dont l'émergence dépend à la fois de son désir d'être, et pas seulement de vivre, et du contexte socio-historique. (De Gaulejac, 2009)

Kaës (2008, p. 39) précise quels sont les « soi », qu'est ce qui du « soi », demande « instamment à être reconnu : »

Soi comme sujet de l'inconscient, désirant et d'abord désiré, investi comme sujet du lien (du groupe) et comme sujet généalogique, nommé dans celle-ci : soi comme cet autre (Ricoeur, 1990) et ce même : soi comme singulier pluriel. Se reconnaître est alors l'effet de la réflexivité intersubjective dans ce sujet polyphonique. (Kaës, 2008, p. 39)

Déjà, en dehors de l'hétérotopie de déviation ou de crise, l'accès à la parole du patient ne va pas toujours de soi. La personne est possiblement malmenée par des événements physiques, psychiques, sa personnalité est ébranlée, l'élaboration des conflits intrapsychiques n'est pas toujours aisée. Mais, en hétérotopie, il faut compter en plus avec la nécessaire adaptation qu'ont dû mettre en œuvre les patients à leur entrée dans ce nouvel environnement. Diverses stratégies, conscientes, inconscientes ont fini par transformer les personnalités. La question se pose alors de savoir à qui on s'adresse ? Non plus au sujet souffrant, mais au sujet souffrant appartenant à l'hétérotopie. Il a accosté sur un nouveau continent. Nouvelle histoire, langue, coutumes, projets... Dans cette perspective, la reconnaissance est la « confrontation à l'inconnu, au risque, au changement » (Kaës, 2008, p. 31). Elle est du même ordre que la reconnaissance des éclaireurs, « Elle vient combler un non savoir, et finalement soutenir la connaissance. »

1.4.4 Reconnaissance de l'autre

La reconnaissance de la dimension psychique des personnes est le fondement de l'action des psychologues. Certains patients sont plongés dans des situations si extrêmes, si limites que même la reconnaissance humaine est fragile, ainsi que l'évoque Kaës (2008) :

Ces situations en montrent le drame dès lors que l'identification à « l'espèce humaine » achoppe sur « l'irreconnaissable », sur l'étrangeté de la rencontre avec cet autre qui me fut familier, non pas sur l'étrangeté de la rencontre première, mais sur cette rencontre avec l'altérité radicale, qui est aussi celle de la mort. Un proche, un parent, un ami dont le cancer a mortifié le corps, la douleur l'esprit, est ainsi dans cet irreconnaissable. (Kaës, 2008, p. 35).

Pour Ricœur (2004) la reconnaissance de soi est indissociable de l'appui, de l'aide ou de l'opposition d'une autre subjectivité. Kaës (2008) interroge même la possibilité d'une nouvelle organisation psychique (une nouvelle topique, dynamique et économie) qui serait la reconnaissance intersubjective et ses effets de subjectivité. En tant que stagiaire psychologue, faire un sourire, un salut, regarder, m'asseoir à côté, partager un café au réfectoire, sont des signes de reconnaissance : « Je te vois, je te souhaite bonne journée, je partage ton breuvage... » Ils sont des préalables à tout travail thérapeutique. Ainsi, Honneth (2004) parle de méta-actions :

La reconnaissance dans sa forme élémentaire représente un geste expressif d'affirmation, il s'ensuit que celle-ci représente également une méta-action : en accomplissant un geste de reconnaissance envers une autre personne, nous lui faisons prendre conscience que nous nous sentons obligés d'agir envers elle d'une façon qui soit bienveillante (Honneth, 2004, p. 145)

La reconnaissance en tant qu'autrui est certes rendue difficile parce que le patient est souvent dans un moment de fragilité, voire de décompensation (dépression, suicide, délire, etc.) mais, selon Delion (2011, p. 39), « tout le travail va consister à faire passer le patient du niveau des descriptions nosologiques à celui d'une approche psychopathologique lui ouvrant une voie d'accès vers la subjectivité, et donc l'intersubjectivité. ». Il prend l'exemple du délire qui est un signe nosographique (le mécanisme d'hallucinations auditives par exemple « signe » la psychose) mais qui va être vécu spécifiquement, selon l'histoire particulière du patient.

1.4.5 Résonance de reconnaissances

En hétérotopie, le devenir de cette reconnaissance dépend en partie du degré de liberté d'expression, d'action, de parole, d'être de toutes les personnes qui sont prises dans l'hétérotopie : patients, soignants, quelquefois familles. La stagiaire psychologue que nous sommes a ressenti une forte résonance avec le patient dans son expérience hétérotopique : tous deux ont vécu ailleurs que dans l'institution, ont donc franchi une frontière et ont dû s'acculturer en urgence au pays d'accueil ou pays d'établissement (l'institution). La relation entre le patient en phase d'adaptation et le psychologue en phase de construction m'évoque le processus de créolisation. En effet, leurs échanges, à défaut de se réaliser dans une langue tierce qu'ils co-construiront, se feront sur un ton tiers : quelqu'un qui n'est pas d'ici s'adresse à quelqu'un qui n'est pas d'ici. Dans ce cadre, de nouvelles interactions peuvent émerger, peut-être de l'ordre d'une certaine familiarité, eu égard à la communauté de vécu. Ainsi les patients peuvent par exemple enseigner au stagiaire psychologue quant aux habitus, aux règles de l'institution : « vous n'allez pas manger avec les infirmiers ? » « C'est bientôt l'heure de la réunion ! », « vous avez assez de monde pour votre thèse ? ». Certes le stagiaire psychologue doit s'exercer là à dompter la bonne distance d'avec son patient, mais il ne peut négliger l'apport effectif d'informations que lui offrent les patients. Son statut de stagiaire lui permet alors de ne pas se sentir en dette dans l'échange. Par ailleurs, tous deux ont un besoin réciproque de l'autre pour qu'un processus de reconnaissance se mette en œuvre. C'est ainsi que nous interprétons les comportements suivants, relevés au cours du stage : Une résidente de l'EHPAD, ainsi qu'une patiente de l'HP se sont particulièrement investies dans l'organisation pratique et la « promotion » de l'atelier « jeu de récits » que nous mettons en œuvre. Une patiente nous donne des conseils et des informations à puiser dans son livre pour notre mémoire. Une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer à un

stade avancé, avec des troubles élevés du comportement (déambulation incessante, déplacement de meubles) s'est arrêtée devant notre carnet de notes, s'est assise pendant un quart d'heure à côté de nous et a recopié notre prénom et un dessin de fleur (voir Annexe I, p. 64). Ainsi, Grimaud (2005, p. 102) écrit : « On conçoit facilement que les soignés attendent une reconnaissance des soignants, mais l'inverse est tout aussi vrai, bien que moins facilement accepté. »

La future psychologue interculturelle que nous sommes s'exerce à poser un regard décentré sur les personnes, les institutions. Ainsi, il est possible d'être sensible à la force mais aussi à la contingence de l'influence de l'hétérotopie, et renforcer l'idée d'une richesse possible dans les parcours humains, de l'existence du sujet, à travers la singularité de chaque parcours, aussi bien en tant que professionnel qu'en tant que patient. Cette existence du sujet, en tant qu'elle signe le réel, s'exprime sous la forme de processus, de changement, de devenir.

Le stagiaire psychologue est constamment ramené à son statut de sujet professionnel en construction, en devenir, l'empêchant ainsi d'incarner un sujet supposé savoir vis à vis du patient et facilitant l'authenticité et la curiosité à son égard.

Par ailleurs, nous avons pu constater que la construction de l'identité professionnelle du psychologue, tout comme la reconstruction identitaire du sujet entrant en institution, dépend de la possibilité de circulation de la parole.

Les nombreuses et riches supervisions dont nous avons pu profiter sur les deux lieux de stage ont garanti une totale liberté de parole, et donc de pensée, d'accueil des affects, des questionnements. Elles ont permis, par leur décentrage réflexif bienveillant, d'éviter par exemple ce que Gaillard (2006) appelle « identification héroïque », le mécanisme de défense qui menace tout professionnel de soin pendant sa période de formation, lorsqu'il est confronté à la folie, au traumatisme, à la mort :

Le seul fait d'avoir survécu psychiquement aux rencontres traumatiques [...] autorise une identification à la position de professionnel. [...] Les rencontres sont imaginariées comme autorisant un changement identitaire, comme signant l'entrée dans le groupe des professionnels, équivalent à une inclusion rituelle dans les groupes sociaux des adultes, donnant de ce fait accès un réel supposé fréquenté par l'autre, dans le creuset de sa profession. (Gaillard, 2006, p. 121)

Gaillard appelle à se désarrimer des ces identifications héroïques et fait « l'éloge du risque d'investir les usagers. » et prône l'acceptation du « *modeste* (la modeste transformation des patients au décours des prises en charge) en lieu et place du *glorieux*, et de la violence qui lui est inéluctablement attachée »

1.5 Une proposition pour ouvrir la parole : Le positionnement dans l'entre-deux

Le stagiaire psychologue arrive au terme de sa formation, à l'entrée de sa future profession. Cette situation d'entre-deux a peut-être facilité la perception de messages implicites de la part des résidents, tels que des messages exprimant le besoin de parler et de créer des liens.

Pour ce qui relève de notre intervention (étymologiquement intervenir vient de « se trouver entre », « survenir pendant »), nous n'envisageons ni extraction, traque de la parole pleine et authentique de la personne, ni recueil de la succession de mots en boucle autour d'un trauma, de mots de surface. Mais nous préférons invention et surprise, création afin d'ouvrir la parole *en douce*.

Delion (2011, p. 50) cite l'*effet de lieu* de Pankow qui permet de déclencher le processus thérapeutique et la sortie des *glaciations autistiques*.

[...] facilite une sorte de pas de côté dans l'immutabilité psychotique et, par ce simple changement de perspective, autorise des rencontres qui peuvent amener le patient à quitter ce que Resnik nomme le temps des glaciations autistiques. (Delion, 2011, p. 50)

Ici se tient le rôle du stagiaire psychologue interculturel ; dans l'entre actif, inventif.

En sortant de l'attendu, du convenu (« faire un écart »), en détachant du bien-connu, l'écart, dérangent comme il est, fait surgir quelque chose qui d'abord échappe à la pensée. En quoi il est fécond : il ne donne pas lieu, par classement, à la connaissance ; mais, par la mise en tension qu'il opère, suscite la réflexion. (Jullien, 2016, p. 41).

2ème Partie : CLINIQUES DE LA PAROLE

2.1 La sérendipité ou les bienfaits du hasard

Au tiers du temps de stage, nous cherchions à ancrer notre existence professionnelle en construction dans un acte concret et original. Les deux lieux nous permettaient cette liberté, cette autonomie. C'est ce dont nous parlions quand nous évoquions le fait que la construction de l'identité professionnelle est contingente, au moins au début, qu'elle dépend de l'environnement, de l'institution, du public accueilli, de la conception de l'humain qui oriente enseignants et tuteurs. La chance est également un facteur qui ne peut être négligé. Ainsi, nous étions en quête sur Internet de dispositifs narratifs capables 1/ d'opérer dans une temporalité réduite, 2/ de faire émerger des processus de reconnaissance de soi (ou, à minima) des processus d'apaisement, de décrispation. La combinaison des mots « récits » et « vie » nous conduisit au jeu « Des récits et des vies © » (voir photo Annexe II p. 65). Nous décidons alors de l'acheter, il constituera le premier outil de notre mallette d'intervention. Les raisons de ce choix sont les suivantes :

2.1.1 Acceptabilité de la part des soignants :

Ce dispositif, présenté comme un jeu de récits, paraît assez léger, inoffensif pour qu'on lui permette de voir le jour. Les soignants, rompus aux récits habituels des résidents, ont peut-être la croyance que toute méthode narrative est limitée à un cadre d'animation et qu'elle confine aux radotages individuels et aux considérations sociales attendues. Ils pressentent un dispositif évoqué ainsi :

Ce protocole installe le psychologue dans un rôle d'officiant, dessinant l'ébauche d'une liturgie, faisant de lui le pasteur d'un troupeau de brebis qu'il ne faut pas égarer. C'est l'envers du processus d'individuation [...]: en bannissant l'expression de toute modalité du conflit psychique, cette approche protocolaire arrête la prétention de l'individu à devenir sujet. On vérifie ici ce que les cliniciens des organisations connaissent : l'angoisse de la parole libre et la nécessité de son contrôle. (Blondeau, 2004, p. 45)

Toute méthode innovante peut mettre en danger le bien-fondé des dispositifs en place, et par là-même, la légitimité des personnes qui les mettent en œuvre. Ainsi, Enriquez (2003) écrit à propos de l'institution qu'elle « fonctionne comme un système alors caractérisé par une autorégulation simple, permettant la préservation d'états stables (homeostasis) et par l'augmentation continue de l'entropie (refus de toute créativité) » (p. 64) et qu'elle fonctionne en adoptant des « défenses contre l'informe, les pulsions, les autres, l'inconnu, la parole libre, la pensée » (p. 65). Ainsi,

l'apparence légère et inoffensive du dispositif permet alors d'éviter l'érection de défenses homéostatiques.

De plus, une fois en place dans l'institution, sa simplicité permet d'être facilement ré-utilisé, adapté.

2.1.2 Acceptabilité de la part des résidents

Ce dispositif présente un caractère de nouveauté, d'intérêt. Il attire, donne envie, crée un peu de curiosité et de désir.

Nous avons pu observer l'acceptation immédiate et enthousiaste de participation des résidents au jeu, assez nouveau et intéressant pour :

- qu'ils abandonnent les activités proposées à l'animation, ou leur poste de guet dans l'entrée.
- qu'ils grimpent au 1er étage (même ceux qui, résidant au rez-de-chaussée, ignoraient même la présence des ascenseurs)
- qu'ils y aillent avec quelqu'un qu'ils connaissent peu : la stagiaire psychologue ou d'autres résidents (pas forcément les plus proches).

Le dispositif est assez simple et léger pour le différencier d'un test, d'une évaluation, d'un travail ou d'une enquête. Il s'agit ici de ne pas heurter la façon d'être présent, d'être là, le *Dasein*. Certaines personnes vivent ici en conscience, authenticité ; d'autres ont à l'inverse un *Dasein* ratatiné, apeuré. Il ne s'agit pas non plus de heurter la susceptibilité culturelle (stratégies adaptatives pour vivre en hétérotopie, cf p. 7). Il est donc nécessaire, dans ce système en tension, d'inventer un dispositif assez léger : « *Mais c'est quoi ton truc ??* » « *C'est un jeu, où on parle de soi, si on veut, mais c'est amusant !* »

2.1.3 Raisons plus implicites du choix de ce médiateur ?

Nous avons peut-être craint d'être submergée d'emblée par la parole, le transfert, le contre-transfert et souhaité dans un premier temps obtenir une parole non transférentielle, i.e. une parole relationnelle médiatisée par un objet culturel de communication (e.g. un atelier d'écriture).

Également nous éprouvions peut-être l'angoisse de ne pas pouvoir contenir le sujet dont la parole serait libérée. Un tel dispositif permet, à défaut de maîtriser, d'au moins d'encadrer, de guider cette libération.

Roussillon (2010, p. 29) décrit cette peur que peut éprouver le clinicien (il « s'offre », « être utilisé comme poubelle », « secoue son identité et sa capacité d'empathie »). L'auteur propose donc de « détourner le processus évacuateur en direction d'un objet médiateur, représentant du soignant, mais différent et détaché de celui-ci. » Il nomme cet objet « l'objeu ».

2.1.4 Présentation du dispositif

Le jeu se présente sous la forme très simple d'un plateau à 4 couleurs (jaune, rose, vert, bleu) avec une flèche mobile au milieu et d'une pile de cartes. Chacun son tour, un joueur va faire tourner la flèche, qui désignera alors une des quatre couleurs. Chaque couleur correspond à un thème : jaune = imagination, rose = émotions, vert = valeurs, bleu = événements de vie.

Le joueur tire une carte de la pile et lit la question correspondant à la couleur. Si cette question ne l'inspire pas, ou qu'il n'a pas envie de répondre, il tire une autre carte. Ensuite, il lit tout haut l'énoncé et propose une suite, une réponse, un développement (voir des exemples Annexe III, p. 66). Ensuite, il passe la carte à son voisin qui proposera (ou pas) à son tour une réponse. Quand chacun aura parlé, c'est au joueur suivant de faire tourner la flèche.

Les couleurs ont une importance réelle, il y a ici un langage des couleurs. En effet, les participants se disent soulagés quelquefois que le jaune arrive (cartes « imagination », symbolisant le soleil : « ah !! un peu de jaune ») pour sortir un peu de l'émotion (cartes roses) ou des récits de vie (cartes bleues). Inversement, il peut arriver que des tirages successifs insistent dans le jaune et les participants exprimeront leur désir de profondeur, de soi, à travers le vert ou le bleu.

Par ailleurs, les couleurs vives du plateau donnent le ton général de l'atelier : Beau et simple. Ces quatre couleurs avec la flèche au milieu invitent, intriguent, donnent envie.

Le cadre est de préférence un endroit intime, isolé du monde, si possible la porte fermée. Quelques séances ont eu lieu avec les rideaux fermés et sans allumer (c'était le souhait des participantes). Une faible lumière filtrait, très feutrée. D'autres séances ont été faites rideaux ouverts, en plein soleil.

Le jeu peut être mené de façon collective, jusqu'à 4 ou 5 personnes ou bien en individuel.

Pour adapter à un public âgé, nous avons recopié les cartes en gros caractères et avons préféré faire un paquet par couleur. De plus, la règle était que les participants passent la carte de

main en main, en répétant la question au suivant (pour pallier les problèmes d'audition, d'attention).

2.2 Analyse des situations

2.2.1 Respect de l'inauthenticité - Mme S. « Pas touche » à la belle vie

Mme S. est une des rares résidentes de l'EHPAD sans problème de dépendance. Mme S. est même une patiente « historique », une des plus anciennes (même si elle est une des plus jeunes résidentes en âge). Elle a vécu le déménagement de l'institution. Mme S. est décrite comme une personne très autonome, ayant une forte personnalité et un caractère affirmé. Elle est veuve depuis de très longtemps et n'a pas eu d'enfant. Elle est dans la nostalgie, depuis quelques années, d'une relation amoureuse avec un électricien venu réparer sa TV à la maison de retraite.

Le premier contact fut facile, Mme S. avait l'habitude de se confier à une psychologue, elle semblait même être *friande* de ce recours : « *Oh ça, j'adore raconter ma vie... J'ai eu une belle vie ! Je m'allonge dans mon fauteuil, ça sera plus confortable pour raconter...* »

Deux entretiens avec cette dame n'ont pas permis de décaler un peu le discours, de le faire sortir des ornières et d'aborder d'éventuelles problématiques sous-jacentes, comme par exemple le ressenti actuel, l'ennui, le devenir. Les phrases s'enchaînaient sans qu'il soit possible d'intervenir ou de souligner des faits évocateurs, des associations intéressantes. Par exemple, cette dame parvenait à exprimer la nostalgie de sa jeunesse en Catalogne sans utiliser un mot teinté d'affect de tristesse, de regret. Par sa logorrhée expressive et riche, elle me plongeait directement dans la scène, le décor apparaissait : les maisons fraîches, le soleil, les odeurs de tel plat, tel dessert, sa robe préférée, son papa, sa maman, ses chers oncles. Á moi de comprendre, de saisir de surcroît, l'éventuelle douleur d'être séparée de cette enfance ensoleillée, de cette vie de jeune mariée toulousaine si gaie, de vie d'adulte si heureuse. En tous cas ; aucun affect n'était jamais exprimé. Je pense que le temps s'est arrêté (d'où aussi son étonnante apparence jeune, joviale) à son entrée à l'EHPAD, il y a maintenant de nombreuses années, lorsqu'elle s'est retrouvée seule, ses parents et oncles décédés, son mari décédé. Il est même possible que la vie de Mme S. ait toujours été sous le signe du présent, du factuel, de la jouissance *hic et nunc*, sans prospective, « un long fleuve tranquille ». Peut-être peut-on imaginer une sur-adaptation aux parents (petite fille unique

chérie), au mari, aux oncles, aux beaux-parents, puis plus tard au séducteur-réparateur de TV, puis enfin à l'EHPAD. Toute trace de rébellion est proscrite.

Quelques participations au jeu « Des récits et des vies © » ont mis en évidence une gêne, une retenue à dire, mais également quelques moqueries et un peu d'agressivité envers des résidentes qui se plaçaient davantage dans un registre de réponses sensibles ou plaintives. Mme S. levait les yeux au ciel en disant : « *Oh là là... qu'est-ce qu'elle a à geindre ...* » « *Les enfants, les enfants... pfff* », « *Mon mari ben moi depuis que je suis veuve j'ai de la place dans le lit.* »

Il est possible de penser que s'observait ici la manifestation de puissants mécanismes de défense.

Toutefois, le dispositif étant si bien cadré, que certaines petites questions apparaissent de temps en temps, ne permettant plus de se cacher et poussant alors à *s'engager*. Mme S. exprimait alors, à la surprise générale, de bruyants affects d'amour, des paroles d'amitié, des serments envers (certaines de) ses voisines de jeu.

Par la suite, il ne s'est pas trouvé que je revoie Mme S. Je l'ai sollicitée une fois, mais elle m'a opposé qu'elle avait une série TV à regarder (un roman feuilleton d'amour) et qu'elle ne voulait pas rater. Tout se passe comme si Mme S., à défaut de disposer d'une *âme damnée* (une bonne voisine, une parente dévouée) à qui remettre en scène, rendre vivant à nouveau des pans de sa vie étiquetés « pur bonheur », ou « pur sucre », sait qu'elle peut compter sur la bienveillance écoute de la psychologue. Mais cette dernière, à la différence de la bonne âme, saura détecter, par les quelques plaintes somatiques qui fuseront ça et là dans le discours, ce que Mme S. y place peut-être de son angoisse, de son questionnement.

Bilan du dispositif : La participation de Mme S. au jeu « Des récits et des vies © » a pu faire émerger des expressions d'affects positifs et au moins temporairement renforcer ou créer des liens avec d'autres résidentes. L'importance des mécanismes de défenses à l'œuvre pour éviter l'angoisse n'a toutefois pas permis une exploration réflexive.

2.2.2 Fonction contenante - Mme G. Des oiseaux et des chiens

Alors que nous nous confrontions, ma tutrice de stage et moi, à notre impossibilité de répondre aux questions existentielles d'une résidente (« pourquoi ai-je vécu ça ? », « Qu'ai-je fait au Bon Dieu pour mériter ça ? », « Que faire maintenant ? »), un incident éclata.

Mme G : « Vous ne dites rien. »

MB : « *Oui mais on n'a pas de baguette magique, on n'a pas réponse à tout.* »

Mme G : « Vous n'avez réponse à rien »

MB : « On est là pour vous aider, vous soutenir, mais pour ça il faut nous dire »

Mme G : « Je ne fais rien. Reste plus qu'à crever. »

Mme G essaie de pousser la psychologue à bout. Cette dernière lui ayant fait quelques réponses bien cadrantes, Mme G. se tourne alors vers moi à deux reprises et me demande « *ce que je raconte de neuf* », espérant bien que nous entamions une discussion « sur les oiseaux et les chiens » comme nous en avons eu l'habitude. Mais devant la fermeté de la moi-stagiaire psychologue (et plus la moi-discussions), Mme G. changea d'angle d'attaque et opta pour la plainte mnésique, dont on sait qu'elle est très chargée de sens. Cette plainte de la résidente ne doit pas alarmer outre mesure. En effet, une maxime en neuropsychologie est que « Quand un patient vient se plaindre de sa mémoire, il y a 80% de chances qu'il n'y ait pas de maladie neuro-évolutive ; mais si la plainte provient de la famille alors que le patient ne voit pas la gravité, il y a 90% de risque qu'il y ait maladie. » Cependant, sa plainte nous entraîna à passer à l'action en remplaçant, dans les ascenseurs, les énigmatiques étiquettes « 0 » et « 1 » placées sur un plan horizontal, par une étiquette « monter » au-dessus d'une étiquette « descendre »¹.

Nous étions face à une personne dont la parole restait bloquée dans le ressassement de souvenirs anciens, délétères.

Je proposai alors à Mme G. d'être la première à participer en individuel au jeu « Des récits et des vies © ». Elle accepta immédiatement. Bien sûr, son besoin d'attention exclusive a beaucoup influencé sa motivation.

Nous avons déjà eu plusieurs entretiens et je connaissais un peu le récit de son enfance difficile. Les cartes du jeu bleues (« récits de vie ») eurent un malin plaisir à évoquer les thèmes de l'enfance (l'école, les parents). Les cartes vertes (« valeurs ») n'évadaient pas non plus le sujet des regrets, du passé. Prête à entendre le pire, à affronter un ouragan de négatif que j'aurai moi-même organisé, j'accueillais sincèrement, et en toute reconnaissance, validation (je connaissais déjà un peu son histoire) les paroles de Mme G. Ses yeux étaient humides mais les larmes ne coulaient pas. Tout se passait alors comme si la parole était reliée à l'essentiel de Mme G, sans filtres défensifs. Les mots semblaient sincères et libérés des reproches, de l'agressivité transférentiels. La parole devenait possible source d'élaboration. Par exemple, Mme G., évoquant

¹ Toutefois il semblerait que la colle utilisée pour fixer ces nouvelles étiquettes était de si mauvaise qualité qu'elle ne permit pas de les maintenir en place...

comme d'habitude les conditions difficiles de vie de travail à la campagne pour une enfant, lia cette fois cette période à l'apprentissage de la vie dans la nature, et la sensibilité particulière qu'elle a pu développer. Elle a pu mettre en lien ensuite cette sensibilité avec le choix de métier d'aide-soignante, dans un cadre privilégié, où elle exprime du bonheur total, pendant vingt ans. Le tableau de vie s'est enfin élargi, enrichi et éclairci. Toutefois, la tension était toujours palpable. L'advenue de cartes jaunes (« imagination ») garantissait alors une certaine légèreté, oxygénation de la séance. À la fin de la séance, Mme G. manifesta son contentement et exprima le fait d'avoir trouvé du sens à cette activité : « C'est bien, vous avez trouvé un truc intéressant là. On peut parler de choses dont on ne parle pas facilement. » Et, reprenant la maîtrise de la situation : « *Un jour, j'avais dû peindre un dessin sur ma vie mais ça n'avait rien donné du tout.* » Mme G reprenait ainsi sa position dominante, à la fois en m'octroyant de l'importance par rapport à une autre stagiaire, tout en me remettant dans le tas indifférencié des stagiaires, et aussi en marquant (peut-être inconsciemment) le fait de savoir que le patient est un *usager*, au centre des préoccupations des soignants, des psychologues ; qu'il est aussi un peu *cobayisé*. Peut-être que pour Mme G, il s'est joué un échange donnant-donnant : « Tu testes ton dispositif et moi, je l'évalue - et je t'évalue comme professionnelle au passage »).

Quoi qu'il en soit, Mme G. participa par la suite à plusieurs séances collectives. Elle apporta à chaque fois sa touche de drame, de négativité (sous-entendu peut-être : « et si je dis ça ? Hein, qu'est-ce que vous en dites, vous autres ? »), permettant ainsi que le jeu ne tourne jamais à l'échange de bons sentiments. Par exemple, aux cartes du type « J'ai comme projet de... », « Comment je vois l'avenir », Mme G. peut répondre : « J'attends la mort. ». Le ton était mis et le groupe y a gagné en authenticité. Les autres résidents développaient sur cette voie, abordaient leurs désirs, craintes, espoirs, fatigue. Bien sûr tout ceci n'est possible qu'à condition pour le futur psychologue d'accueillir ces paroles, de comprendre la possibilité de chaque discours propre à chaque personne et de bannir tout réflexe orthopédique visant à bloquer ces discours, du style « Mais non, Mme F., faut pas dire ça, vous avez plein de bonnes années devant et plein de copines ici !! ».

Bilan du dispositif : Au fur et à mesure des séances, Mme G. s'est détendue, certaine que sa parole ne sera pas censurée et aussi, que le format de ce jeu empêchera qu'elle ne tombe excessivement dans des ressassements infinis. Elle s'est laissé aller à plus de créativité et de

développement sur les thèmes des valeurs et de l'imagination. Le dispositif a eu ici un rôle de contenant et de guide.

2.2.3 Fonction de lien - Gentilles organisatrices

Dans chacun des deux lieux de stage, une personne s'est spontanément investie dans un rôle de promotion des séances du jeu « Des récits et des vies © ». Il s'agit de Mme B. à l'EHPAD et de Mme J. au centre psychothérapeutique.

Mme B. est une personne très active, sociable, avenante, ayant le souci d'accueillir les nouveaux résidents, d'aller vers les timides, les isolés. Ses difficultés à se déplacer (fauteuil roulant), sa vision et son audition devenant de plus en plus déficientes l'éloignent peu à peu des autres, l'enferment dans un sentiment de solitude, d'inutilité sociale. Lorsque je proposais aux personnes stationnées dans l'entrée de participer à une séance de jeu, il arrivait que Mme B. m'aide à les convaincre de quitter leur poste d'observation. Elle rapportait également les discussions qu'avaient les résidents à propos du dispositif. Mme B. se disait très heureuse de remplir ce rôle auto-institué. Dans sa participation proprement dite au jeu, elle se montrait active, authentique et imaginative. De nombreuses manifestations d'amitié profonde entre résidents eurent lieu : « En fait, on est toujours ensemble dans l'entrée mais on se parle presque pas... » Ainsi, ayant adhéré aux principes bénéfiques de ce dispositif, Mme B. avait pu y puiser l'occasion de remplir une fonction sociale.

Mme J., au centre psychothérapeutique, est en quelque sorte l'homologue de Mme B. Mme J., 54 ans, prise en charge par l'institution psychiatrique depuis plus de nombreuses années, est diagnostiquée et se présente d'emblée comme schizophrène, souffrant particulièrement de l'emprise terrifiante de visions diaboliques. J'ai rencontré cette personne à de nombreuses reprises en entretien individuel. J'ai pu observer l'établissement d'un transfert partiel puisque le transfert psychotique est, comme l'espace psychique du sujet, morcelé. La confiance était cependant pleine, authentique et Mme J. osait, par les mots, lancer des explorations en direction du passé (traumatisme - irruption diabolique dans sa vie), dans son passé antérieur (petite fille aimée, protégée, isolée ?), du présent (imaginer des moyens de protection), et du futur (vivre en « maison-gouvernante », prendre des cours d'esthétique). Tout se passait comme si Mme J. avait, pour lutter contre la force diabolique, à produire continuellement du beau : en paroles, souvenirs, achats, bijoux, maquillage. L'essentiel de notre relation thérapeutique consistait à tisser,

encourager cet ensemble de solutions belles, brillantes, souriantes afin d'annuler, pétrifier, geler le mal. Comme Mme B. à l'EHPAD, Mme J. entraîne les autres patients à sortir se promener, s'intéresse à chacun. Dès la première participation au jeu « Des récits et des vies © », elle investit le dispositif avec une énergie et une imagination étonnantes. Á la question verte (valeurs) « Quels sont les petits cailloux glissés sur mon chemin ? », Mme J., au lieu de partir comme la plupart des gens sur le thème métaphorique (névrosé) des embêtements de la vie, se distingua en répondant : « Les cailloux du petit Poucet qui vont m'aider à trouver ma route. ». Cette réponse, en tant qu'elle est une géniale alternative aux « cailloux dans la chaussure », évoquait pour moi les pierres semi-précieuses, les bijoux qu'elle achetait chaque semaine et dont elle se chargeait doigts, cou, vêtements. Elaborant un peu, dans un entretien individuel ultérieur, sur ces cailloux du petit Poucet, elle les relia à son père.

Les heureux décalages que Mme J. produisait, lors des séances collectives du jeu, garantissait aux autres participants le respect de la sécurité de leurs propres réponses.

Bilan du dispositif : La puissante fonction sécurisante qui se dégage de ce dispositif, loin de diluer les participants dans la fusion, les autorise à l'engagement personnel et à l'enthousiasme. Les effets positifs, même les effets immédiats, sont si prégnants, qu'ils génèrent l'envie chez certains d'en faire la promotion et la réédition des séances.

La fonction d'utilité sociale de promotion du jeu aide aussi à sortir de la catégorie des « patients-résidents-malades ». Mme J. a exprimé son bien-être : « Je perds mon identité à n'échanger qu'avec des malades. ». Mme B., ayant eu une carrière d'infirmière en psychiatrie, a pu aussi ressentir le bien-être de la dé-catégorisation.

2.2.4 Hétérogénéité des groupes

J'ai mis en place des séances collectives hétérogènes sur le plan des pathologies (somatiques, neurologiques, psychiques), mais aussi sur le plan culturel (niveau d'éducation, métier) et celui de l'appartenance culturelle (pays d'origine, origine rurale ou pas). Cette hétérogénéité a mis en évidence le caractère réflexif des élaborations psychiques de chacun. Les différences garantissaient la délimitation, l'affirmation des singularités. La dimension groupale n'appelait pas ici à un consensus, à une signification moyenne. Elle permettait plutôt de mettre l'accent sur la légitimité de trajectoires atypiques (bizarres, tragiques, tristes, riches, etc.) et

chacune de ces trajectoires pouvait dans ce lieu être évoquée à côté des autres, en toute suspension de jugement.

Quelques exemples :

- Une séance a réuni Mme G, très négative, agressive (dont nous avons parlé p. 34) et Mme B., d'un niveau intellectuel élevé, curieuse, philosophe. Les échanges ont fusé, une élaboration collective émergea sur la question de la mort ; et pourtant parlait dans son propre registre. Chacune des participantes était consciente de leur différence intellectuelle, sociale mais tout se passait comme si le dispositif permettait de puiser de la connaissance, du réconfort, des ressources de l'écart entre ces personnalités qui se parlaient.

- Une autre séance a inclus Mme P. Cette résidente est atteinte de la maladie d'Alzheimer, à un stade assez avancé mais elle compense par des comportements sociaux (sourires, plaisanteries). Elle lisait les cartes qui arrivaient dans ses mains mais ne pouvait répondre. Elle s'en tirait alors à chaque fois par une pirouette (elle répétait la question d'un air entendu, avec des « oh là ! ») et sa réponse « affectivo-comportementale » semblait inspirer les autres, et la rassurer elle-même.

2.2.5 Exclusion d'office : Mme P

Afin de garantir l'efficacité du dispositif et contrainte par la limitation du temps assigné, je décidai de ne pas proposer à Mme P. de participer. Dans les deux lieux, le jeu « Des récits et des vies © » a tant fait de bruit, entre les patients, chez les soignants, que les séances ne passaient plus inaperçues. Mme P. souffre d'une psychose, qu'elle décrit comme « une psychose *exogène*, générée par ses hospitalisations ». Elle a, il y a une dizaine d'années ; écrit un livre retraçant son histoire et son parcours en psychiatrie. Par hasard - encore -, j'avais lu son livre avant de commencer le stage. Au décours des entretiens que nous eûmes, ayant retrouvé chaque mot, chaque adjectif, chaque événement raconté de la même façon, il me semblait que Mme P. avait tissé ce cocon de paroles, et que ce cocon s'était solidifié, lui servant d'exosquelette la soutenant, présentant une origine humaine ordinaire (voire très adaptée : études supérieures, engagement politique, talents artistiques, passion maritime) et un destin tragique. L'exactitude du récit, toujours identique, illustre parfaitement que « C'est l'identité de l'histoire qui fait l'identité du personnage » (Ricoeur, 1990, p. 174). Ce style de récit, d'un nouveau genre, entre législatif, médical et psychologique, appartient peut-être aux « styles par lesquels les récits produisent des moyens pour accorder les esprits individuels aux exigences de la culture » Bruner (2006, p. 124).

Sa participation au dispositif « Des récits et des vies © » présentait le risque de remplir tout l'espace, de sidérer les autres participants, sans même avoir l'avantage de constituer une aide pour cette patiente.

2.2.6 Mme C., enfermée dans son « L ».

J'ai eu du mal à rentrer en contact avec Mme C. Cette patiente passait ses journées à faire des allers-retours en « L » : du fond du couloir jusqu'à l'entrée, puis de l'entrée jusqu'au coin fumeurs, dehors. J'ai noté dans mon carnet de suivi, au 30 avril, le commentaire suivant: « Dame blonde, ne parle pas, regard fuyant, je n'ose pas l'aborder. », détonant avec le bilan de la journée (se référant aux autres patients rencontrés) : « écœurement de trop de paroles. »

Le lendemain, je me postai au centre du « L » (dans l'entrée), accueillis Mme C. en me présentant rapidement de peur qu'elle ne continue son chemin et lui proposai une promenade dans le parc. Mme C. est une jeune femme d'apparence frêle, diaphane, délicate. Elle arbora un faible sourire et accepta. Sa posture et sa démarche étaient telles celles d'un robot, mécaniques, raides, lentes. Son visage amimique et le ton monocorde de sa voix reflétaient l'épaisse contention médicamenteuse. Elle portait toujours, serré contre elle, son viatique, un petit sac en bandoulière. Ma tutrice me mit sur la piste en évoquant la fonction sociale de cette pochette. En effet, serrée contre son cœur, elle puisait dedans à la moindre angoisse, inquiétude ou questionnement pour y attraper le téléphone pour joindre son compagnon ou une cigarette si elle savait ce dernier injoignable. Avec son sac à l'épaule, on peut penser qu'elle se sentait tout entière ici, prête à partir, à être exportée vers un autre lieu ou rentrer chez elle. Toute la journée, à chaque bout du « L », elle puisait une cigarette en compagnie des autres patients, ou seule, en téléphonant. De son sac, Mme C. sortait toute une occupation, une préoccupation active. Tous se passait comme si, dans son « L », Mme C. mettait toute son énergie restante, elle y *vidait* son énergie pour qu'il ne reste plus d'espace à penser. Mme C. est plongée dans la « désolation » telle que la décrit Boubeker (2011) à propos des immigrés :

C'est ainsi que l'immigration est soumise à l'épreuve de la « désolation » : la perte du monde comme lien entre les hommes, la perte du rapport à autrui comme rumeur bienveillante peuplant le monde, la perte de confiance à l'égard du monde nécessaire à toute expérience. Plus que celle d'aliénation, c'est la notion d'errance qui apparaît ici centrale. L'errance comme dispersion absolue, comme absence cumulée de l'origine et de toute destination, comme expulsion du sens commun ou comme hémorragie du langage confinant le vécu à l'indicible.(Boubeker, 2011, p. 10)

Plus tard, après avoir été transférée dans une chambre seule, elle dira : « Je préférerais partager la chambre avec quelqu'un, comme ça, je suis obligée de sortir et je ça m'empêche de penser »

Les premiers entretiens avec Mme C. tournaient surtout autour des peurs, des inquiétudes irraisonnées mais continuelles, l'une remplaçant l'autre, et adressées à tous les soignants : « Ils font des travaux là dans cette allée, est-ce que les voitures peuvent passer ? Parce que mon compagnon vient samedi et... » ou « Le médecin sera là cet après-midi ? Car j'ai peur de ne pas le voir, il faut qu'il signe ma permission ». Le « L » du psychologue consistait à chercher à éponger jusqu'à la dernière goutte cette fuite anxieuse.

Mme C. était hospitalisée depuis plus d'un an, sans amélioration notable. L'équipe était à court d'idées pour la faire « sortir de sa torpeur ». Mme C. se montrait cependant *compliante*, participant aux activités thérapeutiques (percussions, musculation) mais y affichait le même visage lisse, inexpressif. Une recherche de bio-marqueurs de maladie d'Alzheimer a été menée, sans succès. Cette recherche a été diligentée devant l'incompréhension des symptômes de la patiente et à cause de la suspicion d'antécédents familiaux de *démence*. En effet, le « sa mère est devenue folle quand Mme C. avait 13 ans » que j'ai cru saisir dans les interstices, a été pris dans l'acception médicale. Or une alternative possible à cette acception était que sa mère avait abandonné mari et enfants pour suivre un homme à l'étranger. S'il y avait eu trace de bêta-amyloïde (ce qui est tout à fait normal à 58 ans...), et que le bilan neurocognitif avait fait apparaître autre chose que quelques difficultés de concentration (remarquable au vu du traitement médicamenteux), Mme C. serait en train de faire son « L » dans un centre Alzheimer.

Aujourd'hui, [...] la dépersonnalisation a atteint un triomphe et une folie sociale inégalée, ceux d'un rationalisme économique morbide. Cette folie sociale qui prend le masque et le prétexte de l'évaluation est constituée de pied en cap, dans sa structure et dans sa fonction, d'un déclin du savoir narratif au savoir non narratif, d'une perte de cette capacité de raconter. (Gori, 2014, p. 22)

Depuis plus d'un an, Mme C. attend. Elle veut partir. Elle souhaite rentrer chez elle retrouver son compagnon. En attendant, elle oscille entre vouloir participer aux activités et ne plus vouloir. Toute sa liberté, son autonomie paraît se concentrer là.

Entre le 9 mai et le 13 mai, Mme C. a *perçu* une possibilité d'être transférée dans une unité thérapeutique plus proche de chez elle, où elle a passé quelques temps au tout début de son itinéraire psychiatrique. Cette éventualité lui fait peur : elle ne pourrait utiliser son téléphone portable et « il y a eu un problème avec le médecin ». Pour Mme C., retourner là-bas, c'est retourner en enfermement. Ici, « on est libre » dit-elle. Tout se passe comme si l'avenir de Mme

C. était suspendu aux décisions de son psychiatre, en concertation avec son compagnon. Mme C. est complètement exclue de ces réflexions. Lorsqu'elle rentre chez elle, la question de son hospitalisation, des suites à donner, n'est jamais évoquée avec son compagnon. D'ailleurs ils ne parlent que très peu. Avec le psychiatre, il semblerait que Mme C. n'ose pas hasarder une interrogation, se contentant d'osciller entre problèmes de diarrhées et de constipations, et de faire signer les permissions. Le 16 mai, elle dit « Personne ne comprend que je ne rie pas. Mais je suis triste de voir que ça m'est arrivé alors que je ne m'y attendais pas. Je ne comprends pas ce qui s'est passé, je ne comprends pas. »

Mme C. a une sensibilité très fine, à fleur de peau. Elle n'est pas le robot qu'elle affiche. Les oscillations du « L » sont des balancements pour évacuer les interrogations, les peurs, les incompréhensions massives auxquelles elle n'a aucun moyen d'élaborer une réponse. Ces allers-retours sont la construction d'une armure en métal lourd. Comment aider, comment faire advenir la parole ?

Au fil des entretiens, Mme C. aborde quelques aspects de sa vie, de façon très morcelée, sans mise en perspective temporelle ni causale. Par exemple, elle parle soudain de son frère, que ça lui ferait du bien d'aller chez lui quelques jours. Mais ses paroles ne disent rien des relations d'avec ce frère. Il en est de même avec son compagnon. Elle évoque la possibilité qu'il vienne la chercher samedi, qu'il soit en train de travailler ou non ; qu'elle puisse l'appeler ou non. Mme C. est enfermée, rigidifiée dans une non-parole, une non-pensée, une non-élaboration pleine, protectrice. Elle dira plus tard, lors d'une participation au jeu « Des récits et des vies © » : « Le moment que je préfère c'est la nuit car je dors et j'oublie tout. »

Il y a un an, Mme C. avait été hospitalisée en urgence suite à un passage à l'acte. Je n'ai pas compris s'il elle avait fait une tentative de suicide ou eu un autre comportement hétéro ou auto-agressif, et je n'ai pas insisté. Mais cet acte avait eu lieu parce que la patiente avait été licenciée suite à un certificat d'inaptitude délivré après une opération bénigne au niveau de l'abdomen. Mme C. était ambulancière, dans la même compagnie de taxis que son compagnon. Lorsqu'elle en parlait, Mme C. s'animait : Son métier était son univers, avec ses règles complexes (diplômes spéciaux, procédures, cartes), son taxi était son refuge organisé, sa carapace, sa puissance. Elle y chantait à tue-tête. Les horaires décalés, les heures supplémentaires, le travail 6 jours sur 7 était le plein, la substance de sa vie. Le dimanche, elle faisait des ménages, « chez des amis. » Tout se passait comme si Mme C., protégée par cet

activisme, obtenait ainsi son indépendance sociale, financière. Ceci lui permettait en outre de ne pas avoir à mettre en pensée (et encore moins en parole) ses angoisses archaïques. Réduite brutalement à l'inactivité, le choc fut immense : perte d'indépendance financière et donc de liberté, disparition sociale et retour de l'angoisse massive. Aujourd'hui, le traitement médicamenteux lisse et émousse les questionnements et l'angoisse mais rend difficile toute élaboration, toute tentative de liaison, d'interprétation de son mal-être. A chaque fois que nous approchions d'un peu d'insight, Mme C. usait soudain de dérivatifs : « Mais vous croyez que mon compagnon pourra venir samedi ? C'est la fête des voitures anciennes j'ai peur que la route soit bloquée... ».

Lors d'une réunion de synthèse, tous restaient perplexes devant ce cas dont personne ne sait rien de l'origine, qui paraît verrouillé, bloqué depuis si longtemps. Aucun projet n'est envisagé, aucune proposition d'intervention n'est faite. La psychologue, devant cette aporie, évoque l'idée d'une fenêtre thérapeutique, d'une levée de certains médicaments. Mais la perplexité, la sidération de l'équipe médicale ne sembla pas entamée pour autant.

Début juin, je proposai à Mme C. une participation au jeu « Des récits et des vies © » en individuel. Son regard s'alluma et elle arbora un franc sourire et accepta immédiatement. Je pense qu'elle était déjà au courant de ce que j'allais lui proposer. D'ailleurs elle me dira plus tard en souriant : « Vous savez bien que j'écoute aux portes, je sais tout ce qu'on dit sur moi ». Lors des transmissions ou réunions de synthèse, il était notoire que Mme C. fasse un petit crochet dans son « L » afin de coller son oreille à la porte. L'équipe en plaisantait : « Attention de ne pas ouvrir la porte trop brusquement, Mme C. est derrière ! » Mais alors, pourquoi ne pas se servir de ce moyen de communication pour s'adresser à Mme C. au delà ses défenses ? Au contraire, on constatait son immuabilité, puis son immutabilité.

Mme C. était donc enthousiaste à l'idée de participer au jeu. Lors de la séance individuelle « inauguratrice » ; tout se passait comme si elle pouvait *enfin* parler et à la fois comme si elle ressentait beaucoup de plaisir à réagir aux sollicitations des cartes. L'Autre (stagiaire psychologue) est là qui entend, il est le lieu de la parole. Par contre, il n'est pas celui qui prescrit, c'est le hasard du tirage des cartes qui oriente. Les paroles sont fluides, singulières, posées. Ainsi, la nature de son enfermement : une bulle de protection, de solitude exprimée à la carte rose (« émotions ») : « Le silence me... » Mme C. compléta : « me protège ».

Ainsi, la parole, chez Mme C. a pu être mal reçue par autrui, mal interprétée. Ainsi a pu aussi être la parole d'autrui : jugeante, maltraitante, rejetante. La parole peut être source de rejet, d'exclusion. Il semble que des successions de malentendus ont précipité l'enfermement de Mme C. Des erreurs de destinataires se sont succédé : L'affrontement avec son employeur garantissant peut-être la vie intérieure à la place d'un parent, l'affrontement avec un psychiatre garantissant la vie sociale à la place d'un employeur.

À la carte rose (« émotions ») : « Le regard des autres me... », Mme C. ajouta : « juge trop vite. » et elle me fixa longuement en souriant. Lors d'un précédent entretien (lors d'une promenade dans les allées du Centre), Mme C. faisait le récit de pérégrinations obstinées dans des métiers difficiles (tenue d'un restaurant), dont elle soulignait l'audace, le caractère risqué (« je l'ai fait toute seule », « je faisais tout », etc.). En résumant son discours, j'ai relevé les mots « courageuse et volontaire ». Elle s'est arrêtée et m'a regardée fixement : « Oui, c'est ça, je suis courageuse et volontaire. Je ne comprends pas ce qui s'est passé. »

Cette reconnaissance d'une personne courageuse et volontaire, malgré son apparence figée, sera la base d'une relation thérapeutique naissante et l'assurance, pour Mme C. de son existence en tant que sujet, maître de son destin.

Les angoisses irraisonnées (travaux qui empêcheraient le compagnon de passer, etc.) n'ont pas disparu. Mais Mme C. les critique : « J'ai toujours peur de tout, c'est ridicule hein ? » La vision d'une patiente engluée dans son enfermement, sans espace psychique pour penser, se mue en celle d'une personne ayant une conscience vive, osant des fulgurances, des sorties rapides hors de sa bulle protectrice. Tout se passe comme si ces envolées s'étaient étayées sur le dispositif du jeu. Elle l'exprime d'ailleurs explicitement : « Ce qui m'attriste, c'est que les gens me voient comme ça, et pas comme je suis à l'intérieur. Il est bien ce jeu, ça permet de dire ce qu'on ne peut pas dire, ce qui est bloqué »

Ayant expérimenté la participation au jeu avec plaisir et sans danger en individuel, Mme C. procédait de même lors des séances collectives. Lorsque des cartes revenaient plusieurs fois au fil des séances, Mme C. en profitait pour enrichir l'idée de départ, permettant de donner encore du relief au récit de soi.

Les jours qui suivirent, j'observai un réel changement chez Mme C. Dorénavant, lorsqu'on se croisait au coude du « L », son visage s'animait, elle me souriait ou bien me demandait si j'étais disponible. Les entretiens purent alors aller plus en profondeur, en confiance.

Elle aborda son enfance très difficile et situe l'origine de sa souffrance, de sa différence dans le fait d'avoir été rejetée par sa mère, puis abandonnée. Elle lie directement à ce rejet l'exil avec tout le reste de sa famille dans le Sud de la France. Puis le papillonnage d'une vie de grande séductrice, trouvant l'oubli, l'ivresse dans le travail.

L'empêchement de travailler, par sa maladie de l'abdomen, pour cette femme n'ayant pas eu d'enfant, ni de mère, a pu représenter un clouage, une immobilisation physique et psychique, une annulation des projections dans l'avenir. Parcourant son « L » elle espère la brèche : « Je suis devant un mur » dit-elle. En parlant de sa famille : « Pour que j'aie mieux il faut qu'ils m'aident et pour qu'ils m'aident, il faut que j'aie mieux. ». Je pense que cette phrase s'adressait aussi à l'institution, qui, restée longtemps muette devant la non-réponse médicamenteuse, propose maintenant des séances d'ECT² sous l'argument : « des fois ça marche ».

Ce sentiment de clouage, de blocage, imprimé aussi par les médicaments, renforce en elle sa propre méconnaissance : « Je ne reconnais pas, je souffre de ne plus pouvoir (agir) ». L'impasse dans laquelle elle est immobilisée résonne dans chacune des actions qui restent en son pouvoir : Aller à la musculation et ne plus y aller, être heureuse de rentrer le week-end chez son compagnon et ne pas être heureuse de ce qu'ils ont fait, s'inquiéter à en pleurer de l'état de santé de la mère de son compagnon et pleurer de dépit parce qu'elle rentre de l'hôpital et les rejoint.

Depuis la prescription d'ECT, Mme C. exprime son angoisse mais dit : « Si j'accepte, je pourrai sortir plus vite. » En effet, devant cette injonction de traitement du dernier recours, Mme C. a parfaitement perçu la double proposition : celle de la guérison (hypothétique : *ça-marche-de-temps-en-temps-mais-faut-y-revenir*) et celle de la libération (l'institution - et la famille - sera reconnaissante qu'elle joue le jeu). Nous avons travaillé sur l'importance qu'elle se considère comme un sujet ayant une parole, pouvant décider pour elle, malgré tout ce que ça peut entraîner (que ce soit l'acceptation ou le refus).

Parallèlement, à partir du 19 juin, nous avons travaillé sur ses projets, au-delà du mur. La parole était libérée, malgré l'enfermement, malgré les obstacles encore à franchir, Mme C. voulait se marier, retravailler (peut-être même passer à nouveau son permis de taxi).

² ECT = électroconvulsivothérapie - en remplacement du terme sismothérapie - en remplacement du terme électrochocs. Mais pourquoi changer le nom en lui donnant toujours la même charge négative ? L'évocation de ce traitement est-elle déjà un électrochoc ?

2.2.7 Observations générales (EHPAD)

La mise en place de ce dispositif est un énorme succès. Une recherche récente en psychologie gérontologique a montré l'amélioration « du bien-être global, du type de motivation pour l'engagement dans les activités futures et du soutien social perçu des participants » (Canovas-Castanier, Michel-Moreau, 2017).

On observe :

- La participation aux séances du matin vide les chaises stationnées dans l'entrée,
- Les participants de l'après-midi ratent le goûter
- Je me fais voler des participants (concurrence acharnée des animatrices)
- Il y a eu entassement (temporaire) de vieux mobilier dans « mon » petit salon (ce qui a entraîné le repli dans le bureau de l'ergo ; le bureau étant occupé, tout le groupe se trouve en exode à la recherche d'un lieu confidentiel et agréable. On termine à 4 dans le bureau de la psychologue)
- Intérêt du directeur (la seule fois qu'il m'adresse la parole) - Mais cet intérêt était peut être de la peur ou de la vérification ?
- Le temps passe très vite, aussi bien pour les participants (même très dépressifs) que pour moi - On sort complètement desséchés.
- Je dois les mettre dehors à la fin de la séance.
- Des participants « organisateurs » se chargent de rechercher des participants (connus ou pas)
- La régulation des émotions facilitée et quasi-automatique dès le 2ème tour de jeu. On observe des changements de comportements individuels et groupaux

Les résultats montrent donc que la mise en place d'un dispositif d'entre-deux (ludique et sérieux, léger et contenant, attractif et libre), en contexte d'hétérotopie, suscite les récits de soi, et permet l'ouverture, la libération de la parole.

2.3 Discussion

2.3.1 Le dispositif narratif comme processus de subjectivation

Ce dispositif a permis aux participants d'utiliser leur parole comme affirmation d'un soi autonome dans ses désirs, valeurs, rêves et dans l'acceptation, la reconnaissance d'un vécu singulier.

Il y a donc deux classes, les êtres vivants (ou les substances) et les dispositifs. Entre les deux, comme tiers, les sujets. J'appelle sujet ce qui résulte de la relation, et pour ainsi dire du corps à corps entre les vivants et les dispositifs. (Agamben, 2014, p. 32)

Le dispositif a servi de catalyseur en offrant un lieu à la parole pour redéployer le temps vécu. Ce lieu peut être par ailleurs des réalisations artistiques, l'écriture. Mais de moins en moins de dispositifs s'offrent spontanément à la personne pour qu'elle déplie la succession des événements, des situations de ruptures et pour qu'elle ait le loisir d'y poser, mettre, donner un sens. Soit l'environnement, soit les caractéristiques propres de la personne ne le permettent pas, comme nous avons tenté de le montrer dans la première partie.

Les aspects renvoyant à l'identité : valeurs, émotions, imagination, vécus divers restent figés, inopérants, voire inexistantes, si les personnes considèrent leur vie à partir d'une perspective synchronique – reste la cassure. Les résidents et patients que nous avons rencontrés ont été, de gré ou de force, conscients ou pas, projetés de l'autre côté du mur. Avant de pouvoir regagner leur reconnaissance d'humain dans le monde, il leur faudra déjà retrouver leur reconnaissance d'eux-mêmes. Après la rupture, l'enfermement, un dispositif narratif, rendant une place au temps, remettant en perspective l'enchaînement plus ou moins logique, plus ou moins juste des événements, pourra aider à répondre à la question « Qui suis-je, encore ? »

2.3.2 Pontier la rupture : les RPT (Réactions Psychologiques Transitoires)

Le changement a opéré, la personne a mis en place des solutions adaptatives, plus ou moins douloureuses ou brutales : hyper-adaptation, déni, refus, repli, ... Le résident d'EHPAD, le patient d'HP n'a pas totalement agi sous le primat de stratégies adaptatives volontaires, mais plutôt de réactions réflexes, réactionnelles, les réactions psychologiques transitoires ou RPT (Teyssier et Denoux, 2013). Ces réactions sont « des outils intrapsychiques qui permettent de faire face à la difficulté d'unification des significations rencontrées lors des moments de tensions identitaires ». Elles répondent « répondant au besoin de se sentir bien en soi, avec autrui, et au sein de son environnement ». Il s'agit de donner du sens, de jeter enfin, après coup, des ponts de lianes au-dessus des gouffres qui se sont ouverts dans sa vie (« passer de la rupture à l'harmonie »). Ces ponts de fortune auront été tricotés, au fur et à mesure des événements, en fonction de ce dont le sujet dispose (culture, éducation, dispositions physique, émotionnelle, mentale), en fonction aussi des rencontres qu'il fait et des finalités qu'il espère.

Tout se passe comme si les patients et résidents que nous avons rencontrés ne pouvaient mettre en route, en œuvre ces RPT. Il est impossible alors de continuer à maintenir la fiction de l'unité du Moi. Il semblerait alors que les RPT nécessitent un minimum d'espace psychique, une page « blanche » dans laquelle dessiner ce parcours de vie. Leur espace psychique est limité, « la tête est prise » : souffrance somatique, emprise médicamenteuse, interdiction de se projeter dans le futur (vieillesse, inadaptation sociale). Pour ceux dont le récit est quand même possible, le blocage des RPT s'observe à travers des discours en boucle sur le passé ou des discours vides, opératoires, extérieurs.

Le propre des RPT est qu'elles s'articulent que sur une temporalité humaine. Or les habitants de hétérotopie sont exclus de cette temporalité. Pour Gaillard (2001, p. 126) les *captations* ou *l'éradication de la temporalité* dans les institutions gèlent tout processus d'historisation, au niveau des institutions elles-mêmes, des professionnels, et des patients. Pour l'auteur, le processus d'historisation est un « travail psychique d'inscription dans la chaîne généalogique et temporelle ». À défaut, les identifications sont impossibles, les usagers restent bloqués au niveau des vécus traumatiques, les professionnels « dans leurs identifications professionnelles et dans leurs affiliations groupales (entre expériences sidérantes et agirs transgressifs), mais aussi dans la méconnaissance qui soutient les positions professionnelles au travers de leur incessante idéalisation. » (Gaillard, 2001, p. 129)

2.3.3 Résister et lutter contre la force de la culture hétérotopique

2.3.3.1 Culture nourrie de préjugés (contre lesquels le psy doit se battre sans relâche)

La fille d'une résidente s'adressa à la psychologue : « Mais pourquoi vous annoncez aux résidents qu'il y a un décès ?... Vous savez avec l'âge ils deviennent égoïstes et ils s'en foutent. ». L'hétérotopie génère des préjugés et s'en nourrit.

2.3.3.2 Règles internes

Hors du temps, hors des sociétés, la banalité du mal a libre-cours. Il peut y avoir absence de remise en cause des soignants qui peuvent avoir un fonctionnement clivé : une partie d'eux prône et adhère sincèrement aux valeurs de bien-traitance, de partage, de respect (entre eux et avec les résidents) et l'autre partie fait exactement l'inverse.

2.3.3.3 Contamination réciproque

Tout se passe comme si tous les blocages, dualités, oppositions, des soignants se répercutaient sur les résidents, et comme si, réciproquement, les oppositions secteur protégé-ouvert, valide-dépendant, angoissé-inauthentique des résidents se répétaient à travers le fonctionnement des soignants.

2.3.3.4 Injonctions paradoxales

Le stagiaire psychologue peut avoir comme rôle de mettre en lumière ces injonctions paradoxales: Pouvoir tout dire, même le négatif, se remettre en question, etc. est très difficile pour les soignants qui peuvent se trouver dans un idéal de toute-puissance.

2.3.4 Emergences de la parole

Malgré cette prégnance de la culture hétérotopique, il y a quand même eu émergence de la parole quand nous avons mis en œuvre notre dispositif et aux moments de crise (lorsque l'IDEC remplaçante a mis en évidence les dysfonctionnements). La parole a pu s'ouvrir lorsqu'elle s'est trouvée dans un autre lieu psychique, internalisé, dès que l'écoute s'en est trouvée changée. Le décalage, le pas de côté qu'opère ce jeu s'apparente à notre sens au rêve chez Fédida (2017) :

Ainsi que le poème - mais autrement - le rêve ouvre la parole. *Ouvrir* la parole est autre chose que la prendre dans l'intention de dire ou de nommer : c'est la dessaisir de ce qu'elle sait et la laisser se livrer, en son écoute, à l'inconnu de ce qu'elle dit. Même si *dire* entre dans l'intention de parler, la parole qui vient du rêve ignore ce que son récit lui réserve, par quoi elle peut être surprise. (Fédida, 2017)

La patiente de l'auteur s'allonge pour la première fois sur le divan : « Je ne peux pas vous raconter mon rêve en face. »

2.3.5 Profanation des dispositifs (Agamben, 2014)

Les résidents qui rechignent à leur enfermement, qui réfutent le bien-fondé du dispositif qui les prend en charge résistent. Les patients qui conduisent l'armada médicale et l'ensemble des soignants à l'impasse résistent. Ils résistent quelquefois au bien-être, à la guérison. Mais ils sont la preuve de l'existence du sujet, de sa singularité. Non que le dispositif (l'EHPAD, le Centre psychothérapique) n'ait pas le désir originaire de produire du sujet, pour le bien du sujet. Mais aucune institution ne peut plus résister. L'« éclipse de la politique et le triomphe de l'économie » (Agamben, 2014, p. 46) écrasent toute velléité de subjectivation de ces institutions (« *caution scientifique* du médical», multiplication des évaluations, etc.)

Ce qui définit les dispositifs auxquels nous avons à faire dans la phase actuelle du capitalisme est qu'ils n'agissent par la production d'un sujet, mais bien par des processus que nous pouvons appeler des processus de désubjectivation. [...] et ne donnent plus pas à la production d'un nouveau sujet, sinon sous une forme larvée, et, pour ainsi dire spectrale. (Agamben, 2014, p. 34)

Ainsi les dispositifs ne peuvent plus fonctionner comme lieu d'expression des sujets (ex : téléphone portable). Il n'y a plus de place pour l'énonciation ; il ne reste plus que les énoncés. Ainsi la profanation des dispositifs (le refus, le détournement) devient le signe d'un sujet qui résiste à sa dissolution dans un dispositif (Agamben, 2014, p. 50).

2.4 Création d'une hétérotopie dans l'hétérotopie

Nous avons vécu la mise en place du jeu « Des récits et des vies © » comme une petite profanation, une création d'un dispositif dans le dispositif.

2.4.1 Hétérotopie temporelle (hétérochronie)

Dans l'hétérotopie de crise, en temps de crise, on observe chez chacun (soignants, résidents) le blocage de la parole. Ce blocage de la parole entraîne le blocage de la pensée, tout au long de la journée : Les résidents fonctionnent en inauthentique, les soignants en opératoire.

Le dispositif que nous avons mis en place dans l'entre-deux constitue finalement un lieu d'hétérotopie temporelle. C'est ainsi que Foucault (2004, p. 17) définit l'hétérochronie comme étant le 4^{ème} principe de son hétérotopologie, soit la « lorsque les hommes se trouvent dans une sorte de rupture absolue avec leur temps traditionnel ».

Le temps est aboli. Les malheurs passés, les regrets de bonheurs passés, la douleur, la mort qui s'annoncent peuvent être regardés en face dans cet instant. À la sortie de ce temps, un retour à la normalité s'opère. Toutefois, constatant à chaque fois que nous avons fait un bond dans le temps, nous ressentons un grand bien-être, une satisfaction. Tout se passe à ce moment comme si nous avions gagné quelque chose. Le temps « normal » est ordonnancé, planifié, découpé, rempli. L'insertion, l'intervention de ce moment nouveau qu'est le jeu va rendre aux personnes du temps pour elles, pour déplier leur histoire et remettre en lien, en sens tous ces moments sédimentés dans la mémoire.

2.4.2 Pratique intersticielle

Roussillon (1987, p. 165) définit les interstices comme des « lieux institutionnels communs à tous », des lieux « de passage ou de rencontre », en extra-territorialité et, se

rapprochant de l'hétérochronie, des « temps qui s'insinuent entre deux activités institutionnelles. » L'auteur évoque la fonction de *porte-parole* de l'interstice :

L'ambiguïté de l'interstice permet, en effet, des aménagements de la distance subjective à l'autre qui rendent possible de demander à tel ou à tel de « tâter le terrain » concernant un problème donné. Elle évite ainsi les dommages narcissiques, réels ou fantasmés, d'une parole qui prendrait le risque de se faire entendre et d'essuyer rejet ou refus. La parole peut ainsi être « essayée », afin de s'assurer les soutiens nécessaires pour une éventuelle reprise au sein des espaces officiels. De tels comportements assurent une fonction de lien, établissent des ponts, confortent narcissiquement, permettent des aménagements contra-phobiques, évitent un sentiment trop douloureux de solitude. (Roussillon, 1987, p. 169)

Roussillon (1987, p. 178) cite l'exemple d'une institution d'accueil d'enfants psychotiques où la psychologue rompt le ronron des infirmières et éducateurs en s'occupant d'un enfant pendant la pause café. Cette action entraîna une discussion informelle sur les raisons du mal-être des enfants pendant la pause café (qui ne pouvaient s'éloigner mais à la fois étaient rejetés). Ceci n'avait jamais pu être fait efficacement pendant les réunions de synthèse. Dans ces réunions, « la parole des psychologues, toujours apparemment écoutée, était en fait implicitement disqualifiée et considérée comme un tic professionnel intellectuel et sans implication pratique concrète. »

2.4.3 Entre-deux

2.4.3.1 Position inconfortable, voire douloureuse

Soignant et résident sont entre parole empêchée, recherche de parole et peur de la parole libérée. Cette position bancal appelle au décalage.

2.4.3.2 Position créatrice

Le décalage peut être positif. Il s'agit alors de rendre possible la parole en se plaçant dans l'inattendu (dans un format de dispositif un peu différent), dans l'interstice : et montrer que cette parole est tout aussi légitime, qu'elle peut être entendue.

La parole, en tant que déploiement, rend au psychisme de l'espace pour penser, permet l'établissement de liens, intrapsychiquement (récit de vie) et interpsychiquement (liens avec autrui).

2.4.3.3 Fermetures et ouvertures

En même temps que le sujet met au travail les deuils de certains aspects de sa vie d'avant l'entrée en EHPAD, d'avant l'hospitalisation, il s'engage dans le partage de parole, les liens avec autrui, l'ouverture aux différences (et non la rencontre entre mêmes selon ce qui justifie sa présence ici: alzheimer ou non-alzheimer, dépression ou psychose, etc.).

2.4.5 Récit kaléidoscopique

Par le format du jeu, on obtient un récit plus ou moins fragmenté. La succession des thèmes est utilisée par la personne aussi bien pour concentrer le récit sur un aspect, une période, un événement particulier que pour passer à un autre aspect. Le sujet utilise de façon très plastique ce support d'expression. De la même manière, la ressemblance de certaines cartes, ou bien la répétition des tirages lors de séances ultérieures permet de peaufiner, d'enrichir, de retravailler le récit. C'est pourquoi le qualificatif de kaléidoscopique nous est venu pour exprimer à la fois le désir d'embellissement, conforme au passage de la rupture à l'harmonie, et également l'idée de complexité, de richesse qu'il est difficile d'exprimer dans un récit linéaire (écrit, dessiné, parlé).

Mme C. en était l'exemple le plus probant. Une carte sortait à nouveau, elle en profitait pour rappeler et enrichir ses réponses et idées de départ, permettant de créer un récit à multiples facettes, en dialogue.

2.5 L'hétérotopie comme dernier lieu possible d'avènement du sujet

La parole en hétérotopie peut circuler : dispositifs Montessori, résistance de certaines institutions psychiatriques qui continuent à être orientées par la psychanalyse et la phénoménologie. Elle peut même y être protégée. L'hétérotopie aurait pu devenir le seul lieu de parole. On peut considérer aujourd'hui l'accueil des personnes âgées en EHPAD comme une des meilleures formules possibles, on peut également louer les projets de « villages Alzheimer ». Il reste à y maintenir et renforcer la fonction de la parole, la place des psychologues et des animateurs. Il reste à prendre en compte concrètement, les difficultés des soignants soumis à des injonctions paradoxales de rentabilité et d'humanisme, et confrontés à des représentations terribles desquelles ils ne peuvent échapper qu'au prix d'un clivage destructeur.

Nous avons compris, au fil de ce travail d'élaboration, que la conception de l'hétérotopie, des lieux de mise à l'écart sociale et sanitaire avait changé de nature depuis les années 60, lorsque Michel Foucault l'avait théorisé. Nous avons changé d'épistémé, la cité n'est plus génératrice de liens sociaux, elle serait même désorganisatrice. Il est souhaité pour Mme J. qu'elle puisse accéder à sa « maison gouvernante », pour Mme P. qu'elle retrouve son appartement un peu insalubre, pour M. B. qu'il s'adresse à un centre d'hébergement. Mais le retour à la cité s'apparente un peu à un abandon dans un environnement qui ne présente plus d'états. Aussi, les

lieux hétérotopiques, tel le centre Pinel, constituent dorénavant le lieu de chance de subjectivisation.

L'institution qui articule des scènes historiques et psychiques, des seuils et des repères, vaut aussi comme un lieu pour un travail de penser. Ce travail, parce qu'il nécessite diverses temporalités : voir, comprendre et conclure, se heurtera, de front ou en contrebande, aux divers impératifs gestionnaires. Chaque institution repose sur des strates de culture, prend appui sur son histoire, trouve ses repères dans les valeurs référentielles qui concernent la façon de poser des actes soignants. En ce sens, elle permet à un sujet, livré à la « désymbolisation » massive de ses rapports aux espaces et aux temporalités, de se trouver salutairement assigné à des scissions, à des passages, à des rythmicités, bref, à des modes de présence et de mises en tensions et en repères des altérités. (Douville, 2012, p. 511)

Douville (2012) alerte sur la ruine des politiques psychiatriques de secteur, par l'exigence de rentabilité, et par l'injonction d'interchangeabilité des soignants (dans leurs lieux d'exercice, dans leur spécificité). Il est impensable dorénavant d'envisager des suivis à long terme, et encore moins dans un cadre stable, avec les mêmes référents.

Ces oppositions binaires, de « bon sens », qui opposent le dedans asilaire (lieu du repli et de l'aliénation aux dispositifs de soin) au dehors dans la cité (lieu supposé favorable à l'autonomie et à la responsabilisation du patient) ne servent que très peu à une pensée clinique des espaces de transferts, que canalise et vectorise la prise en charge institutionnelle de la psychose. (Douville, 2012, p. 511)

Limites et ouvertures

Limites

Filtre médicamenteux

Lors de la réalisation de ce mémoire, lors des entretiens avec les patients, lors des supervisions, la présence du filtre médicamenteux chez les personnes que nous suivions nous a souvent fait douter de nos observations et réflexions. La question « à qui du sujet nous adressons-nous » nous a souvent hantée. Si les médicaments fonctionnent, alors ils sont aussi un dispositif, ils changent le sujet. Théoriquement, c'est à ce nouveau sujet qu'il faut s'adresser, mais nous résistons à croire que l'autre sujet a disparu.

Travail sur l'écoute et le regard

Il y a un sentiment constant d'incomplétude à ne pas traiter également l'écoute ayant un effet sur la parole, ainsi que l'écoute résultant de la parole. De plus il s'agirait de bien discerner les écoutes et les contextes, soit de comprendre comment l'écoute est contrainte, comme la parole, par les environnements. Par ailleurs, il serait intéressant de juxtaposer écoute et regard, en quoi ces deux qualités de perception et de relation sont deux faces du même objet.

Démarche diachronique d'élaboration du mémoire

Même si le travail du mémoire doit être une constante re-élaboration globale, s'il est normal et indispensable de retourner aux sources de ses idées pour les considérer autrement, à l'aune de tout l'enchaînement de pensées qui ont suivi, il est un moment où il faut bien figer le début, la fin, la structure et le sens. En d'autres mots, il faudra bien figer sur le papier l'état canonique observé, faire apparaître la péripétie, apporter une résolution et en déduire la coda comme décrits par Bruner (2006, p. 123). Dans notre processus d'individuation comme futur psychologue interculturelle, nous sommes consciente de l'effet formateur de ce présent récit et n'avons eu de cesse que l'état canonique n'ait pas été mal perçu, que la péripétie ait eu lieu, que la résolution ait fonctionné et la coda utile.

Ouvertures

Paroles d'absence

Il serait à notre sens intéressant de développer une étude sur les paroles des soignants :

- qui réifient les patients (dans les transmissions, ou en communication directe avec eux)
- à propos des patients et en leur absence (Mme C. « vous savez que j'écoute aux portes »).

Ces paroles d'absence ont un effet direct et immédiat sur les patients, sur les comportements ultérieurs des soignants.

Le langage du corps

Une grande partie des échanges avec les patients et résidents repose sur du matériel non-verbal, des intonations, des regards, des mimiques, des gestes, la position dans le bureau (ou en marchant), etc. Ces expressions, nous les avons perçues inconsciemment, consciemment et les avons prises en compte dans nos analyses de situations. Elles sont régies par les mêmes règles que la parole : culturellement orientées, à interpréter avec discernement et riches de sens. Leur observation dans le cadre de l'utilisation du dispositif que nous avons utilisé serait intéressante. Elles font partie de l'engagement dans la relation tel que nous l'avons décrit plus haut. (cf page 20).

Coincidences

Très attentive aux indices que renvoient les situations elle mêmes aux individus qui les traversent ou y sont pris, nous ne pouvons laisser de côté certains éléments intéressants et bizarres. Nous les inscrivons dans la partie « limites » de ce mémoire en tant qu'elles auront constitué des limites positives pour notre travail. En effet, il s'agit pour nous de petites paroles qui disent : « Tu es sur le bon chemin, ce n'est pas du vent, continue. ». Sans ces limites productives, le doute l'aurait emporté, et la confiance se serait évanouie en suivant.

1/ Le jeu « Des récits et des vies © » a été réalisé par Mme Caroline Chavelli, psychologue à Castres (81), à côté de notre lieu de stage donc, et dans notre région. Il a de plus été validé par deux mémoires professionnels de Master 2 de l'UTJJ. Le côté « local » du jeu a également été un critère d'acceptation chez les patients.

2/ J'avais lu, avant d'arriver sur le lieu de stage, le livre de la première patiente avec qui j'ai passé de nombreuses heures d'entretien.

Conclusion

« Le lieu d'expertise de la folie, devenant, de plus en plus, le cerveau et ses troubles, le lieu de soin de la folie devient, de moins en moins, un lieu *inter, sectorisé*, mais un lieu *intra*, de réclusion et d'isolement » (Douville, 2012, p. 506). Le métier de psychologue tel que fondé par la reconnaissance de l'altérité, de la complexité, de l'imprévu tel que l'enseigne la psychologie interculturelle est une posture à défendre dans nos sociétés malades de la gestion.

Le seul fil clinique qui circule entre le patient et nous, est la parole, et nous perdrons de vue qu'une institution digne de ce nom est une institution jamais totalement réduite à son idéologie médicalisée, c'est-à-dire une institution où la vie de la parole, ses aléas, ses dérives et ses surprises est encore respectée. L'institution ne se réduit pas à un lieu qui offre des techniques de soin. Du moins, vaut-il mieux qu'elle ne se réduise pas à cela. (Douville, 2012, p. 511)

À travers la parole, nous avons cherché, lors de nos rencontres cliniques, à « accueillir la singularité ». Pour que la singularité puisse émerger de la situation thérapeutique d'accueil et de rencontre, il faut que cette situation soit le lieu du commun partagé, d'un ensemble de singularités en puissance. « Mon patient peut être accueilli en tant que singularité, sous condition que moi-même, en tant que clinicien, accepte de participer à l'émergence d'une interface qui nous soit commune. » Benasayag (2015, p. 115). Cette perspective s'approche du concept d'interculturalité (Denoux, 1994), le psychologue appartenant aux groupes culturels des soignants, des sachants, des « gens-de-l'extérieur » et le patient à ceux des soignés, des demandeurs, des « gens-du-dedans ».

Pour les individus et les groupes appartenant à deux ou plusieurs ensembles culturels, se réclamant de cultures différentes ou pouvant y être référés, nous appellerons interculturalité les processus par lesquels, dans les interactions qu'ils développent, ils engagent implicitement ou explicitement la différence culturelle qu'ils tendent à métaboliser. (Denoux, 1994, p. 72)

Les processus activés lors de cette confrontation seront transfert, contre-transfert, défenses, réflexivité. La posture du psychologue interculturel empreinte l'*epochè*, la suspension et l'observation phénoménologique, qui l'aide à conserver sa position tierce, décentrée mais ne s'en tient pas là, il agit, sur le terrain.

Pour agir, qu'avons-nous en main ? Pour Oury (2012, p. 71) : « Il y a les quatre concepts fondamentaux : l'inconscient ; le transfert, la répétition, la pulsion, comme le dit Lacan. Mais il y a aussi nos outils personnels. [...] Freud a commencé en 1914 à faire une boîte à outils. » Pour Gouzvinski (Cours « Bilans », 20 octobre 2017), chaque psychologue se constitue sa propre boîte à outils, à son image : il peut s'agir d'un simple jeu qu'on ira louer dans un magasin. Nous aurons

commencé à remplir notre boîte avec la curiosité, l'espérance, et le jeu « Des récits et des vies © » venu étayer, à un moment donné, notre *maniement* de la parole et de l'écoute et celui des personnes que nous avons rencontrées.

Nous avons longtemps hésité à traiter notre sujet, la parole, sous l'angle présent, tant nous doutions nous-même de sa pertinence ou de son existence. Ce ne fut que tardivement, après que nous avons compris qu'il était si réel qu'il avait procédé de notre construction professionnelle, que nous avons pu enfin assumer son évocation à travers ce mémoire. « L'usage du matériel biographique a longtemps renvoyé aux catégories de l'illusion » (Niewiadomski, 2012, p. 82).

Bibliographie

- Abdallah-Pretceille, M. et Porcher, L. (2001). *Éducation et communication interculturelle*. Paris: PUF.
- Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. Éditions Payot & Rivages.
- Beckett, S. (2012). *L'innommable*. Paris : Minuit.
- Benasayag, M. (2015). *Clinique du mal-être: la " psy" face aux nouvelles souffrances psychiques*. La Découverte.
- Benedetti, G. (2002). *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*. Toulouse : Érès.
- Bernard, D. (2014). La honte de vivre. Dans J. L. Gaspard (dir.), *La souffrance de l'être : formes modernes et traitements* (p. 65-76). Toulouse : Érès.
- Bessis, L. (2005). L'économie de paroles et la psychologie. *Bulletin de psychologie*, (4), 473-480.
- Billé, M. (2016). L'EHPAD: dernière mise en demeure ou mise en dernière demeure?. *Sens-Dessous*, (1), 57-66.
- Blondeau, S. (2004). Du groupe et de la parole à l'hôpital. *Connexions*, (2), 19-48.
- Boubeker, A. (2011). L'homme capable à l'épreuve de l'invisibilité sociale. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, (26).
- Bouisson, J. (2007). V ieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation. *Retraite et société*, (3), 107-128.
- Boutinet, J. P. (2013). Étapes, crises, transitions. Approche dynamique de la vie adulte. *Que sais-je?*, 5, 50-65.
- Bruner, J. S. (2006). La culture, l'esprit, les récits. *Enfance*, 58(2), 118-125.
- Buzzati, D. (1969). *Les sept messagers*. R. Laffont.
- Canovas-Castanier, C. et Michel-Moreau, G. (2017). *Pertinence d'une intervention thérapeutique basée sur la narration de soi, médiatisée par le jeu « Des Récits et des Vies© », sur les processus contribuant à l'adaptation*. (Mémoire de Master 2). Université Toulouse Jean-Jaurès.
- Castro, D. (2011). Effets de l'entretien individuel avec des patients porteurs de schizophrénie. *Le Journal des psychologues*, (6), 21-25.
- Chraïbi, S., Bettayeb, L., et Igier, V. (2016). La question de la mort dans la clinique de la personne âgée. *Psychothérapies*, 36(3), 195-203.

- Dayot, P. (2017). *Identité et interculturation en EHPAD* (Mémoire de Master 1). Université Toulouse Jean-Jaurès.
- Delion, P. (2011). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne introduction à la psychothérapie institutionnelle*. Paris: Dunod.
- De Gaulejac, V. (2009). *Qui est "je"*. Paris : Le Seuil.
- Denoux, P. (1994). Pour une nouvelle définition de l'interculturalité. Dans J. Blomart et B. Krewer (Eds.), *Perspectives de l'interculturel* (p. 67-81). Paris : L'Harmattan
- Denoux, P. (2003). Universalisme, culturalisme et interculturalité : Contributions de la psychologie interculturelle. Dans M. Wiewiorka, F. Dubet et P. Denoux (Eds.). *L'identité culturelle et le politique* (p. 157-185). Toulouse : GREP.
- Denoux, P. (2013). Le contact culturel dans les procédures de recherche. Propositions méthodologiques de psychologie interculturelle. *Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 99-100(3), 365-381. doi:10.3917/cips.099.0365.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Dorange, M. (2005). Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société*, 28(1), 123-139. doi 10.3917/gs.112.0123
- Douville, O. (2012). Politique de santé mentale en psychiatrie aujourd'hui: position d'un psychologue clinicien. *Bulletin de psychologie*, (6), 505-514.
- Enriquez, E. (2000). La recherche et l'intervention psychosociologiques à l'épreuve de l'éthique. Dans J. Feldman et R.C. Kohn (dir.), *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes* (p. 281-300). Paris : L'Harmattan
- Enriquez, E. (2003). Le travail de la mort dans les institutions. Dans R. Kaës (dir.), *L'institution et les institutions* (p. 62-94). Paris : Dunod
- Fédida, P. (2014). *Ouvrir la parole*. Paris: MJW Fédition.
- Foucault, M. (1966, 4 décembre 1966). *Les hétérotopies* [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=lxOruDUO4p8>
- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France 1981-1982*. Paris : Seuil/Gallimard.
- Foucault, M. (2004). Des espaces autres. *Empan*, (2), 12-19.
- Foucault, M. (1976, éd. 2014). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.

- Freud, S. (1929, éd. 1971). *Malaise dans la civilisation*. Paris : PUF.
- Fromage, B. (2007). Approche du vieillissement à travers l'expérience subjective. *L'information psychiatrique*, 83(3), 229-233.
- Gaillard, G. (2001). La généalogie institutionnelle et les écueils du travail d'historisation: entre filicide et parricide. *Connexions*, (2), 125-141
- Gaillard, G. (2006). De la position héroïque du soignant à une «suffisante professionnalité» Prendre le risque d'investir les «usagers». Dans M. Sassolas (dir.), *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique* (p. 109-123). Toulouse : Érès.
- Gori, R. (2014). Ouverture. Dans J. L. Gaspard (dir.), *La souffrance de l'être : formes modernes et traitements* (p. 13-28). Toulouse : Érès.
- Grimaud, L. (2005). Psychologue en institution. *VST-Vie sociale et traitements*, (4), 100-108.
- Honneth, A. (2004). Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la «reconnaissance». *Revue du MAUSS*, (1), 137-151.
- Igier, V. (2015). PY0317X : *Culture et vieillissement*. Recueil inédit, Université Toulouse Jean-Jaurès.
- Jankélévitch, V. (2008). *La mort*. Paris: Flammarion.
- Jullien, F. (2016). *Il n'y a pas d'identité culturelle*. Paris : L'Herne.
- Kaës, R. (2008). Reconnaissance et méconnaissance dans les liens intersubjectifs. *Le divan familial*, (1), 29-46.
- Kessaci, L. (2014). La souffrance de savoir. Dans J. L. Gaspard (dir.), *La souffrance de l'être : formes modernes et traitements* (p. 53-61). Toulouse : Érès.
- Lacan, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. Repéré à https://psycha.ru/fr/lacan/1953/fonction_et_champ_de_la_parole_et_du_langage_en_psychanalyse.html
- Leroux, M. (2016). Le silence de la vulnérabilité en institution gériatrique. *Ambiances*. URL : <http://journals.openedition.org/ambiances/696> ; DOI : 10.4000/ambiances.696
- Létuvé, A. (s. d.). Fonction éthique des psychologues dans l'institution. *Psychologues et Psychologies*, (12),6-6.
- Mannoni, M. (1970). *Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1976). Pour une crisologie. *Communications*, 25(1), 149-163.

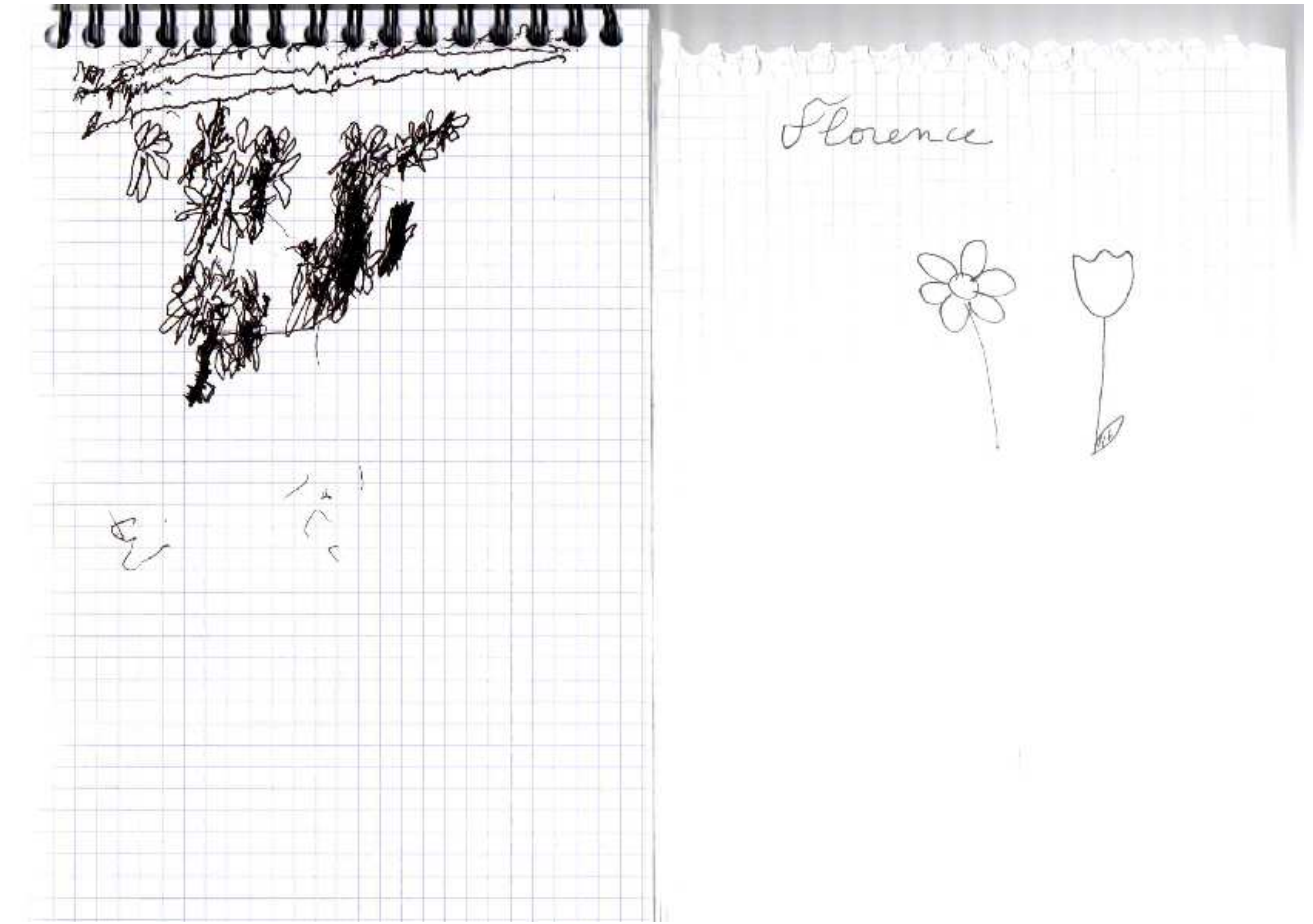
- Niewiadomski, C. (2012). Recherche biographique et clinique narrative. *Entendre et écouter le Sujet contemporain*. Toulouse : Érès.
- Oury, J. (2012). *Préalables à toute clinique des psychoses: dialogue avec Patrick Faugeras*. Toulouse : Érès
- Ploton, L., Jouffroy, M., Menecier, P., Ploton, M. C., Sagne, A., & Settelen, D. (2013). *Ne pas avoir peur de la psychopathologie: kit de survie à l'usage des soignants*. Lyon: Chronique sociale.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance : Trois études*. Paris: Stock.
- Roussillon, R. (1987). Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice. Dans R. Kaës (dir.), *L'institution et les institutions* (p. 157-178). Paris :Dunod.
- Roussillon, R. (2010). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. *Le Carnet PSY*, 141(1), 28-31.
- Sironi, F. (2003). Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. *Pratiques psychologiques*, 4, 3-13.
- Sontag, S. (1979). *La maladie comme métaphore*. Paris: Seuil.
- Soumet-Leman, C. (2011). Impacts d'un travail d'histoire de vie sur la prise en charge d'un patient psychotique. *Le Journal des psychologues*, (6), 26-30.
- Stiegler, B. (2016). *Dans la disruption: Comment ne pas devenir fou?* Éditions Les Liens qui libèrent.
- Talpin, J. M. (2005). L'agé en institution, ses droits et l'inconscient. *Gérontologie et société*, 28(4), 135-149.
- Teyssier, J., & Denoux, P. (2013). Les réactions psychologiques transitoires: interculturation et personnalité interculturelle. *Bulletin de psychologie*, (3), 257-265.
- Van Lander, A. (2015). Le psychologue, un clinicien étayé sur un référentiel spécifique? *Le Journal des psychologues*, (1), 28-32.
- Winkin, Y. (2001). *Anthropologie de la communication: de la théorie au terrain*. De Boeck & Larcier/Seuil.
- Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin. *Esprit*, (1), 141-156.
- Zenoni, A. (2009). *L'autre pratique clinique: psychanalyse et institution thérapeutique*. Toulouse : Érès.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I - <i>Ecriture et Dessin en secteur protégé</i>	64
Annexe II - <i>Jeu « Des récits et des vies © »</i>	65
Annexe III - <i>Extrait des participations de Mme C.</i>	66

ANNEXES

Annexe I
Ecriture et Dessin en secteur protégé



Annexe II
Jeu « Des récits et des vies © »



Fabriqué en France

Annexe III
Extrait des participations de Mme C.

Couleur	Dimension	Texte	Complément par Mme C.
Rose	Émotions	Je ressens de la honte quand ...	Quand j'ai été infidèle avec les hommes
Rose	Émotions	Ce qui m'apporte du bien-être...	Etre avec ma famille
Rose	Émotions	Je goûte à la sérénité quand...	Quand je dors et que j'oublie tout
Rose	Émotions	Je goûte à la sérénité quand...	Je ne suis jamais sereine, je suis toujours angoissée pour le futur
Rose	Émotions	Ce qui me fait peur...	Les examens à venir... Qu'est-ce qui va se passer ?
Rose	Émotions	Si j'étais ailleurs...	Chez mon frère
Rose	Émotions	Merci pour...	Porter attention à moi
Rose	Émotions	L'amour c'est...	C'est tout
Rose	Émotions	J'aimerais vous demander...	De m'aider à guérir
Rose	Émotions	Ce qui me reconforte	D'être en famille, avec mon compagnon
Rose	Émotions	Ce qui m'attriste...	C'est que les gens me voient comme ça, et pas comme je suis à l'intérieur. Il est bien ce jeu, ça permet de dire ce qu'on ne peut pas dire, ce qui est bloqué
Rose	Émotions	Le silence me ...	Protège
Rose	Émotions	J'oublie tout quand ...	Je dors. Quand je me réveille, j'aimerais être le soir pour me coucher
		Je me sens paisible quand ...	Je suis avec David
Vert	Valeurs	La lettre que j'aimerais écrire...	Une lettre à David
Vert	Valeurs	Quel souvenir aimerais-je laisser ?	Pas de quelqu'un qui est comme je parais être

Couleur	Dimension	Texte	Complément par Mme C.
Vert	Valeurs	Qu'aimerais-je vivre une fois dans ma vie	Un long voyage avec David
Vert	Valeurs	Qu'est-ce que j'aimerais comprendre	Comment j'en suis arrivée là
Vert	Valeurs	Qu'est-ce qui m'inspire ?	Je ne suis pas inspirée
Vert	Valeurs	Qu'est-ce qui m'inspire ?	Le contact avec les gens m'inspire
Vert	Valeurs	Qu'est-ce qui me pousse de l'avant ?	David
Vert	Valeurs	Quel genre de folie me titille ?	Aucun
Vert	Valeurs	Qu'est-ce que j'ai fait d'important dans ma vie ?	Rien
Vert	Valeurs	Qu'est-ce que l'amitié ?	(prend la parole avant son tour et s'enflamme) la réciprocité
Vert	Valeurs	Quelle chance ai-je eue ?	J'ai eu beaucoup de moments de bonheur et beaucoup de moments de malheur, dernièrement c'est plutôt le malheur.
		Qu'est-ce que j'aimerais vivre une fois dans ma vie ?	Un long voyage avec David
Jaune	Imagination	Si j'étais un objet	Petite maison mignonne
Jaune	Imagination	Si j'étais un animal	Lévrier afghan
Jaune	Imagination	Une fée me propose de réaliser trois de mes vœux...	1/ m'aider à combattre cet état pour que je sorte de cet état 2/ je voudrais construire quelque chose avec David 3/ avoir des projets, évoluer
Jaune	Imagination	Si j'étais une fleur ...	Une rose rouge odorante

Couleur	Dimension	Texte	Complément par Mme C.
Jaune	Imagination	En binant mon jardin, j'ai découvert un trésor (imaginer la suite)	Je donne à ceux qui m'entourent
Jaune	Imagination	Si j'étais une musique ...	Titanic
Bleu	Récit de vie	Quand j'étais jeune...	J'étais insouciante
Bleu	Récit de vie	Quand j'étais enfant...	Raconte : Pas de souvenir de sa mère, les grands-parents ont tenu lieu de mère et se sont surtout occupés d'elle (elle est l'aînée de son frère et sa sœur)
Bleu	Récit de vie	Mes grands-parents...	(paternels) - Très investis par Mme C. ont tout laissé dans le Nord pour suivre Mme C., son père, son frère et sa sœur. Son père travaillait dans filature dans le Nord, il a retrouvé du travail en 15 jours à Castres. Mmc C. a travaillé 10 ans comme ouvrière en filature dans cette même entreprise
Bleu	Récit de vie	Quand j'ai commencé à travailler	Nombreux travaux Raconte quand était restauratrice dans l'Hérault : seule en salle + cuisine (froid) 60-70 personnes / jour - midi et soir L'été, avait en plus la garde de 5 enfants (enfants de ses frère et sœur)