

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DÉSIR ET INSTITUTION
APPORTS CRITIQUES ET CLINIQUES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE
DANS LE CHAMP DU TRAVAIL SOCIAL EN SANTÉ MENTALE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

LOUIS CHAPUT-RICHARD

AOÛT 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mes remerciements et ma reconnaissance vont d'abord à ma direction de recherche : à Audrey Gonin, à l'École de travail social, d'abord pour m'avoir empêché d'abandonner et peut-être de céder une nouvelle fois sur un désir, pour tout le soutien indéfectible qu'elle m'a offert de multiples manières au fil des années, et pour toute l'inspiration éthique qui a été le moteur premier de cette recherche ; de manière posthume, à mon co-directeur de recherche, feu Marcelo Otero, au département de sociologie, pour avoir cru dès le départ en la pertinence de ce projet, pour m'avoir poussé à aller voir « ce qui se passe » concrètement sur le terrain, pour la « raison impure » et toute la passion sociologique et critique qu'il savait si bien communiquer. Merci infiniment à vous deux pour les lectures attentives, pour vos regards toujours pertinents, pour l'enthousiasme et les encouragements dans les moments difficiles, pour l'ouverture et la curiosité, pour l'humour et le sérieux.

Je tiens à remercier également les pensionnaires et le Club de La Borde pour leur accueil remarquable, lequel est finalement devenu l'un des principaux « objets » de cette recherche, voire l'un de ses principaux « résultats ». Merci à la ComStage et à la direction de la clinique d'avoir facilité la réalisation de cette recherche de terrain dans un contexte pandémique qui s'y prêtait peu, et pour l'accompagnement rigoureux et amical tout au long de mon séjour ; à l'Association culturelle pour les soirées et les discussions stimulantes, pour avoir nourri mes réflexions sur la psychothérapie institutionnelle et la clinique des psychoses, et pour avoir facilité la recherche documentaire dans son extraordinaire bibliothèque. Merci aux monitrices et moniteurs de la clinique, et notamment de l'Extension ; un merci tout spécial à Marc, César, Sophie, Aline, Félicie, Clara, Charlène, Rémi, Joris, Linda, Hélène, Inès, Baptiste, Nina... Un immense merci aux stagiaires avec qui j'ai partagé toute cette expérience hautement collective dans une proximité inattendue, et dont la présence souriante, festive et authentique a été toujours précieuse, enrichissante, réconfortante par moments : Alice, Baptiste, Estelle, Loubna, Christophe, Irène, Elisa...

Mes remerciements vont aussi à Pierre Montebello, à l'Équipe de recherche sur les rationalités philosophiques et les savoirs (ERRAPHIS) et au Laboratoire d'étude sur la philosophie dans son histoire et ses interactions contemporaines (LESPHI) de l'Université Toulouse Jean Jaurès, qui m'ont notamment apporté un précieux soutien administratif, logistique et « moral » dans la réalisation complexe de cette recherche internationale. Je souhaite également reconnaître le soutien financier du Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), par ses programmes de bourses de maîtrise en recherche et de

bourses pour stage hors Québec, et de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM, par son programme de bourses de fin d'études, soutien sans lequel cette recherche n'aurait pas été possible.

Je voudrais en outre remercier mes collègues de la maîtrise – notamment Arnaud, Noémie, Rachel, Vanessa, Mélanie... –, ainsi que mes ancien·nes collègues de l'Éclaircie – Arnaud encore, Félix, Anaïs, Julie, Violène, Tommy, Étienne... – pour le soutien, pour l'amitié dans plusieurs cas, pour les partages et les échanges, et pour toutes les discussions animées qui, au fil des années, m'ont certainement amené à voir différemment non seulement l'intervention, le travail social, les luttes sociales, la santé mentale et la folie, mais aussi la vie et le monde.

Enfin, *last but not least*, le plus immense des mercis à mes plus proches qui m'ont soutenu dans les dernières années et sans qui je n'aurais jamais pu aller au bout de ce projet : Suzanne, Denis, Clémence, Sylvie, Mélodie, Anémone, Arnaud, Anaïs, Nicolas, Manon, Alain, Jean, Pascale, Sophie – merci.

« [...] Une prise en charge thérapeutique ne devrait jamais se couper des problématiques micro et macro sociales inhérentes à son contexte. Il convient de déjouer le piège qui consiste à réduire la portée du travail social à une simple animation, une ergothérapie ou un boy-scoutisme de bonne volonté. L'analyse des formations de subjectivités conscientes et inconscientes n'est pas l'apanage de quelques spécialistes ; elle est l'affaire de tous. »

— **Félix Guattari** (2012)

De Leros à La Borde.

Pratiques analytiques et pratiques sociales

« Lorsque j'ai dit à 11 ans, au directeur de l'école primaire : "Monsieur, vous me faites chier", ça a provoqué une catastrophe dans la tête de cet homme. [...] Pour moi, ce merde est un merde à l'État, merde à la bureaucratie, merde à l'establishment, merde à tout cela, et là-dessus je n'ai jamais lâché, je tiens toujours. [...] Plus tard, en même temps que je disais merde au directeur, je voyais ces bonhommes dans la cour, et j'ai fait un vœu, à 11 ans, en voyant ces types avec leurs sifflets à roulettes, leurs blouses grises, qui faisaient mettre en rang les élèves, j'ai fait le vœu de ne jamais être aussi "con". Ce sont des moments qui comptent beaucoup. »

— **Jean Oury**, dans Oury et Faugeras (2016)

Préalables à toute clinique des psychoses

« Ce n'est pas parce que les choses semblent plus "personnelles" aujourd'hui qu'elles sont pour autant moins sociales, moins politiques ou moins institutionnelles. Elles le sont autrement. »

— **Alain Ehrenberg** (2005a)

« La question mentale »

À la mémoire de Marcelo Otero

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE	10
1.1 Folie, santé mentale, travail social	10
1.2 Les trois utopies : une histoire du présent et de ses folies.....	13
1.2.1 Le grand renfermement	14
1.2.2 Le grand désenfermement	15
1.2.3 Le grand renversement	17
1.3 Vieux fous, nouveaux fous : figures contemporaines de la folie	22
1.4 Une cartographie sommaire du travail social en santé mentale	25
1.5 Le travail social, gardien du (fonctionnement) social ?	28
1.6 La psychothérapie institutionnelle : vers un autre « travail social » en santé mentale ?.....	30
1.6.1 Un électrochoc pour la psychiatrie.....	30
1.6.2 La trahison des mots (ceci n’est pas une psychothérapie).....	32
1.6.3 L’institution paradoxale (géopolitique de la folie)	33
1.6.4 La « machine à traiter l’aliénation »	34
1.6.5 Des piliers et des chaînes	37
CHAPITRE 2 – CADRE CONCEPTUEL : SUJET, DISCOURS, ORDRE	39
2.1 Le sujet paradoxal.....	39
2.2 L’ordre du discours	44
2.3 La production du sujet.....	47
CHAPITRE 3 – MÉTHODOLOGIE	52
3.1 L’institution symbolique comme « unité réelle d’analyse »	52
3.2 Délimitation du terrain et du champ d’analyse.....	54
3.3 Sur le terrain	56
3.4 Dédution, induction, traduction, abduction : l’analyse et le traitement des données	59
3.5 Quelques considérations éthiques et déontologiques	62

CHAPITRE 4 – ANALYSE(S).....	65
4.1 Le Terrain.....	65
4.1.1 Les attentes	65
4.1.2 <i>Qu'est-ce que je fous là ?</i>	67
4.1.3 L'épreuve.....	72
4.1.4 Les fantômes	77
4.1.5 Les mythes.....	82
4.1.6 La constitution (politique de la folie)	89
4.1.7 L'utopie.....	95
4.2 Le désir	98
4.2.1 L'Autre	98
4.2.2 Les machines (désirantes)	102
4.2.3 La promenade du schizophrène	105
4.2.4 Cet obscur objet du désir	111
4.2.5 La morsure du signifiant	115
4.2.6 De la clinique du désir au désir de clinique	119
4.2.7 Bissonnette (et les autres).....	123
4.2.8 Le pli	127
4.2.9 Objet <i>a</i> , objet <i>b</i>	132
4.3 L'institution.....	139
4.3.1 Le théâtre	139
4.3.2 La traversée	143
4.3.3 L'accueil	150
4.3.4 Le vide	161
4.3.5 Le troisième lien	165
4.3.6 Lady Gaga (lingistique de l'espace)	173
4.3.7 Greffes d'espace(s).....	186
4.3.8 Hétérochronies.....	197
4.3.9 Désir et institution.....	215
4.3.10 L'institution du désir.....	222
CONCLUSION	232
ANNEXE A – GRILLE D'OBSERVATION PROVISOIRE ANNOTÉE	243
ANNEXE B – CONVENTION DE STAGE	245
ANNEXE C – FORMULAIRE D'AUTORISATION À LA RECHERCHE	250
ANNEXE D – ENTREVUE POUR LE JOURNAL <i>LES NOUVELLES LABORDIENNES</i>	256
ANNEXE E – AFFICHE DU PROJET DE RECHERCHE	259
ANNEXE F – CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE ET AVIS FINAL DE CONFORMITÉ	261
BIBLIOGRAPHIE	264

LISTE DES FIGURES

Figure 4.1 – Polyphonies (« tous les chemins menaient à La Borde »).....	129
Figure 4.2 – Le troisième lien.....	170
Figure 4.3 – Feuille de jour	172
Figure 4.4 – Carte de la clinique	176
Figure 4.5 – Carte du Château (Rez-de-chaussée)	177
Figure 4.6 – Carte du Château (2e étage / Local).....	178
Figure 4.7 – La Borde et ses environs (carte).....	189

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1 – Psychothérapie institutionnelle : du mythe au concept	85
Tableau 4.2 – Institution et établissement : le plus petit dénominateur commun	231

RÉSUMÉ

Cette recherche a eu pour point de départ une sorte d'étonnement : celui de constater l'omniprésence quasi hégémonique des discours et pratiques des psy-disciplines de la santé mentale dans le champ contemporain du travail social. Après avoir problématisé ce champ de discours et de pratiques qu'est la « santé mentale » sur les plans à la fois historique, sociologique et critique, et en prenant soin d'y situer ce qu'on appelle aujourd'hui le travail social en santé mentale, cette recherche a voulu explorer la possibilité d'un « autre » travail social et clinique en psychiatrie – auprès de personnes dites psychotiques – qui n'obéirait pas aux logiques adaptatives et normalisantes des psy-disciplines de la santé mentale. Elle a ainsi cru trouver dans la psychothérapie institutionnelle, mouvement alterpsychiatrique apparu en France pendant et après la Deuxième Guerre mondiale, une approche de soin qui accorde une place prédominante à un authentique travail (du) social (lequel consisterait à soigner la psychose en soignant *d'abord* le milieu sociosymbolique où elle est accueillie) et qui pourrait donc permettre de resocialiser et même repolitiser ce qui est aujourd'hui si souvent individualisé et psycho(bio)logisé dans et par les discours et pratiques de la santé mentale. Afin de valider ces intuitions et hypothèses sur les apports potentiels – théoriques, cliniques et critiques – de la psychothérapie institutionnelle dans un travail (du) social réinventé, une recherche de terrain de type ethnographique (observation participante) a été réalisée dans l'un des hauts lieux de la psychothérapie institutionnelle en France, la Clinique de La Borde. S'appuyant principalement sur un cadre conceptuel foucaldien, et notamment sur les concepts de sujet, de discours et d'ordre, cette recherche a ainsi voulu montrer comment un travail social en santé mentale qui se réinventerait aujourd'hui à partir d'autres discours et pratiques – comme ceux de la psychothérapie institutionnelle et de la psychanalyse contemporaine – permettrait aussi aux sujets qu'il accompagne dans leur errance psychotique de se resubjectiver et donc d'exister autrement – et surtout plus librement.

Mots clés : psychothérapie institutionnelle, travail social, santé mentale, psychanalyse, psychiatrie, psychose, folie.

ABSTRACT

This research has its starting point in this observation of the omnipresence of the discourses and practices of the psy-disciplines of mental health in the contemporary field of social work. After having problematized this field of discourses and practices that is “mental health” on historical, sociological and critical levels, while also situating what is now called social work in mental health, this research wanted to explore the possibility of an “other” clinical social work in psychiatry – with so-called psychotic subjects – which would not obey the adaptive and normalizing logic of the psy-disciplines of mental health. It found in institutional psychotherapy, an alterpsychiatric movement that emerged in France during and after the Second World War, an approach that gives a predominant place to an authentic “social work” (which would consist of treating psychosis by first treating the sociosymbolic environment) and which could therefore make it possible to resocialize and even repoliticize what is today so often individualized and psycho(bio)logized in and by mental health discourses and practices. In order to validate these intuitions and hypotheses on the potential theoretical, clinical and critical contributions of institutional psychotherapy in a reinvented social work, an ethnographic field research (participant observation) was carried out in one of the high places of institutional psychotherapy in France, called Clinique de La Borde. Drawing on a mostly Foucauldian conceptual framework, and in particular on the concepts of *subject*, *discourse* and *order*, this research thus sought to show how a social work in mental health that would reinvent itself today based on other discourses and practices – such as those of institutional psychotherapy and contemporary psychoanalysis – would also allow the psychotic subjects to resubjectify themselves and therefore to exist differently – and above all more freely.

Keywords : institutional psychotherapy, social work, mental health, psychoanalysis, psychiatry, psychosis, madness.

INTRODUCTION

Une recherche a toujours pour point de départ et pour moteur une question, qui elle-même prend sa source le plus souvent dans un étonnement, dans quelque chose qui surprend, qui dérange, qui inquiète ou qui fait « problème », et qui invite alors à reconsidérer la chose, le phénomène en question. Dans le cas de la présente recherche, cette chose est sans doute la « santé mentale », non pas tant en elle-même (si une telle chose existe), mais plutôt en tant que vaste ensemble de discours, de pratiques et même d'institutions devenus aujourd'hui hégémoniques dans nos sociétés – au point où l'on pourra en venir à parler d'un nouvel « ordre de la santé mentale », voire de l'ère de la santé mentale. Rien d'étonnant là, certes, la « santé mentale » étant devenue une telle évidence pour nous qui baignons tous les jours dans ses discours à la fois scientifiques, médicaux, médiatiques, politiques et même économiques – car la santé mentale d'un individu et éventuellement d'une population est bien sûr un facteur déterminant de leur productivité... Non, l'étonnement est plutôt d'abord venu en mettant les pieds dans une école de *travail social*, puis dans des milieux de pratique du travail social, où je m'attendais alors beaucoup moins à retrouver ces discours et ces pratiques de manière aussi saillante, d'ailleurs souvent formulés ou justifiés dans les mêmes termes – bien-être, *empowerment*, autonomisation, compétences, etc. – et suivant les mêmes approches théorico-cliniques dominantes – rétablissement, cognitivo-comportementalisme, etc. – que dans les (autres...) grandes disciplines de la santé mentale.

Il se trouve que je suis vieux. Assez vieux en tout cas pour avoir connu une époque où ces discours n'étaient pas encore aussi (omni)présents dans pratiquement toutes les sphères de la société et donc de nos vies, une époque où la souffrance humaine voire la « misère du monde » (Bourdieu, 1993) n'étaient pas encore comprises ni donc vécues le plus souvent dans les termes psychologisants de cette « santé mentale » ; assez vieux donc pour avoir assisté à la montée en puissance de ces discours à partir des années 1980 et surtout 1990, pour avoir vu et ressenti comment ils pénétraient discrètement, souvent presque à notre insu, nos âmes et tout notre rapport à nous-mêmes et au monde, notre subjectivité. *Mais en travail social ?* Là était l'étonnement initial, pour moi qui croyais encore – très naïvement sans doute – que le travail social était d'abord un travail *du* social *par* le social, par le sociopolitique peut-être, mais dont l'essence même, ou du moins la finalité, devait donc être le changement social, à toutes les échelles, y compris certes de ce social tel qu'il se retrouve profondément en nous – notamment à travers ces discours sociaux que nous intériorisons –, tel qu'il nous constitue en tant qu'individus, en tant que sujets. J'ai bien sûr vite perdu ma naïveté et compris que le travail social, ce n'était pas seulement ni même d'abord « ça ». Mais quelque

chose de cet étonnement teinté de déception est tout de même resté au fil de mes études et surtout dans mon travail d'intervenant psychosocial... en santé mentale, pressentant de plus en plus qu'il y avait là quelque chose qui faisait réellement « problème » (au sens sociologique sinon clinique), quelque chose comme une question à approfondir : *qu'est-ce que cette santé mentale vient faire de manière aussi « massive » dans le champ contemporain du travail social ? Et avec quels effets concrets dans l'intervention que l'on dit sociale ?*

Mais d'abord, bien sûr, sorte de question préliminaire : *qu'est-ce que cette santé mentale ?* Je commençais ainsi, dans différents travaux et par différentes lectures, à problématiser ce champ de la santé mentale sur les plans à la fois historique, sociologique, politique et critique, afin de pouvoir mieux y situer la pratique du travail social en santé mentale – problématisation qui constituera d'ailleurs le point de départ de cette recherche et le premier chapitre de ce mémoire. C'est d'ailleurs à ce moment – nous étions au début de l'année 2020 – que je suis allé, pour des raisons sans doute évidentes, à la rencontre de Marcelo Otero, professeur au département de sociologie de l'UQAM et spécialiste des questions de sociologie de la santé mentale. C'était d'abord simplement pour discuter un peu, lui demander quelques conseils et profiter de son expertise, mais Marcelo s'est vite enthousiasmé pour certaines questions et hypothèses que je lui soumettais. Pour lui, l'« affaire » semblait même déjà presque entendue : il fallait constituer et analyser un corpus de mémoires et de thèses en travail social pour montrer comment les discours et pratiques de la santé mentale – et toute leur normativité – ont pénétré en l'espace de quelques décennies le champ du travail social. Et bien sûr, ça allait de soi, il allait co-diriger cette recherche avec Audrey Gonin, de l'École de travail social. En moins d'une heure, je m'étais donc trouvé à la fois un projet et un co-directeur de recherche.

L'enthousiasme quasi légendaire de Marcelo était contagieux, mais je résistais néanmoins à cette idée, à ce projet de recherche presque « clé en main » qu'il me proposait. D'abord, certes, parce que ce n'était vraiment pas le mien, c'était le sien – on pourrait d'ailleurs y voir une sorte de prolongement de sa propre thèse de doctorat (cf. Otero, 1999 ; 2003a) –, et que j'aurais donc eu beaucoup de difficulté à y mettre quelque chose de moi et de mon désir. J'y résistais aussi parce que je me méfiais, et je me méfie encore, de ces recherches qui prétendent chercher, mais qui savent déjà à l'avance ce qu'elles vont trouver, et donc qui ne cherchent pas vraiment, qui ne font que trouver ce qu'elles disent chercher (j'y reviendrai à plusieurs reprises dans ce mémoire ; cf. par ex. *infra* : §4.1.2). C'était manifestement le cas ici : aussi bien Marcelo que moi savions trop bien ce que nous aurions trouvé, ce que nous « voulions » trouver ; et

« cela » devait donc être pour moi le point de départ – le problème –, pas le point d'arrivée. Et entre ces deux points, je souhaitais qu'il y ait une réelle exploration, une réelle recherche, qu'elle soit théorique ou empirique, une recherche qui me mettent donc réellement en question, me forme et me transforme, sinon en tant que personne ou sujet, du moins en tant que futur travailleur social. En ce sens, je résistais aussi et surtout à la proposition de Marcelo parce que je craignais qu'elle ne m'enferme dans une démarche et une posture exclusivement critiques et donc « négatives » – qui consisteraient à critiquer aussi bien le travail social contemporain que ces psy-disciplines hégémoniques de la santé mentale qui l'envahissent –, alors que j'aurais au contraire voulu réaliser une recherche qui allait non pas tant m'amener à « proposer des solutions » ou des « antidotes » à cette santéméntalisation tous azimuts du travail social, non, mais qui en tout cas m'amènerait à penser, à imaginer, à créer d'autres modalités d'in(ter)vention (psycho)sociale et clinique que je pourrais ensuite mobiliser d'une manière ou d'une autre dans mon travail – c'était le sens premier pour moi de ces études en travail social. En somme, je ne voulais pas seulement faire une sociologie critique du travail social en santé mentale – ce qui ne pouvait être que le premier moment de cette recherche, sa « problématique » –, mais je voulais surtout commencer, modestement, à penser et imaginer un *autre travail du social en santé mentale*, c'est-à-dire en psychiatrie, et plus précisément encore auprès des personnes psychotiques, un travail social qui participerait donc à resocialiser et repolitiser ce qui est si souvent individualisé et psycho(bio)logisé par les discours et pratiques en santé mentale, y compris en travail social.

Marcelo accueillait avec un sourire – son sourire lui aussi légendaire – toute cette résistance de ma part, comme il accueillait aussi avec un sourire amusé certaines de mes idées folles d'alors, comme celle de penser cet autre travail social en santé mentale à partir d'une psychanalyse critique, voire d'une psychanalyse « foucaldienne » (cf. par ex. : Allouch, 1998 ; Laufer, 2015 ; Molinier, 2019), si une telle chose est possible et pensable, une psychanalyse qui en tout cas aurait été passée au crible des critiques sociales et sociologiques, des critiques féministes (cf. par ex. : Irigaray, 1977 ; Kristeva, 1978 ; Mitchell, 1974), mais aussi et surtout de la grande critique qu'en a fait Foucault (2013a) tout au long de son œuvre, et notamment dans son *Histoire de la sexualité*. « Mais pourquoi *diable* la psychanalyse ? On ne va quand même pas faire dans le lacanisme ? », me souriait-il en regardant, mi-amusé mi-déconcerté, les bibliographies que je lui soumettais. Peut-être pas. Mais peut-être un peu quand même ? Idée folle. Dont j'étais alors convaincu, dont je suis encore convaincu aujourd'hui de la pertinence, mais dont je savais aussi que j'aurais alors eu beaucoup de mal à convaincre Marcelo – Otero (2003a) critique du *psychanalysme*. Et pour avoir déjà lu dans ma vie quelques philosophes-maudits comme Nietzsche (1985 ;

1990) et Deleuze (1965 ; 1997), je savais bien que certaines idées folles et « intempestives » (à contre-temps, à contre-courant) avançaient beaucoup mieux quand elles sont *masquées*, quand elles ne disent pas tout de suite leur nom propre. Au fond, cette recherche, ce mémoire, son titre, son « objet » même – la psychothérapie institutionnelle –, c'étaient peut-être, sans que je ne m'en rende vraiment compte au départ, de tels masques pour de telles idées folles, et pour convaincre Marcelo aussi, qui s'est d'ailleurs vite enthousiasmé pour le projet, et même pour ce qu'il pouvait comporter de plus ou moins psychanalytique. La psychothérapie institutionnelle, en effet, « marche » toujours sur deux « jambes », aimait dire celui qui est souvent considéré comme son inventeur, l'immense psychiatre catalan François Tosquelles (1985), à savoir : Freud et Marx. Deux jambes, psychanalytique et socioéconomique, donc, que l'on ne voit pas toujours quand on la regarde dans les yeux – dans les trous du masque ? – ou même quand on l'embrasse, mais qui deviennent vite évidentes quand elle s'allonge, quand on l'explore, quand on l'aime, tellement elles constituent toute son armature théorico-clinique et toute sa *praxis*.

Je n'ai pris vraiment conscience que plus tard de tout ce « jeu de masques » dans lequel j'étais entré avec ce projet de recherche, une fois sur le terrain, peut-être même seulement en rédigeant ce mémoire. Mais aussi bien le souligner ici d'emblée, tel un avertissement, car les masques vont vite tomber au fil des pages : il sera (beaucoup) question de psychanalyse, d'une psychanalyse certes critique et réinventée, resocialisée et repolitisée – ce serait déjà une description assez juste, quoique très incomplète, de la psychothérapie institutionnelle –, ce qui fait d'ailleurs à mon sens toute sa pertinence renouvelée pour penser un *autre* travail social en santé mentale aujourd'hui. J'aime penser que Marcelo en aurait finalement été convaincu lui aussi – c'était peut-être même l'ambition secrète et discrète de ce projet de recherche. Mais Marcelo nous a quittés soudainement le 3 janvier 2024, avec son enthousiasme et son sourire, avec son humour et sa joie, avec toute sa passion. Cette disparition a évidemment – évidemment mais très secondairement – laissé un trou énorme, une sorte de béance au cœur de la présente recherche. Une recherche pour laquelle, à en croire sa collègue et co-directrice de la présente recherche, Audrey Gonin, il se serait paraît-il enthousiasmé une dernière fois quelques jours avant sa mort, avant d'enjamber tout à fait illégalement un tourniquet du métro Berri-UQAM. Ce mémoire très imparfait, avec toute sa béance en son cœur, avec tous ses trous et ses manquements, est déposé aujourd'hui à sa mémoire, pensant qu'il lui arracherait encore, ici et là, quelques sourires amusés.

Il fallait tout de même encore répondre à la question critique : pourquoi *diable* la psychothérapie institutionnelle, et pourquoi *diable* la psychanalyse, dont la psychothérapie institutionnelle aurait d'abord été le masque ? Ou n'était-ce pas là au fond ce qui devait devenir, à peine reformulée en des termes plus convenables (« apports théoriques, critiques et cliniques »), la question centrale de cette recherche, et donc ce qu'il allait falloir *chercher* ? Au moment où je m'efforçais de me donner les moyens – d'abord théoriques et conceptuels – pour penser un « autre » travail social en santé mentale, et donc d'abord une « autre » santé mentale que celle que j'étais en train de problématiser avec Marcelo Otero (2003a) en tant que vaste champ de discours et de pratiques qui auraient en commun de chercher à produire des comportements adaptés, de l'adaptation sociale (cf. *infra* : §1.2.3 et §1.3), la psychothérapie institutionnelle s'est en effet imposée à moi comme une sorte d'évidence, un peu comme si tous les chemins me ramenaient invariablement à elle, à celle que d'aucuns considèrent en fait comme une *alter*-psychiatrie – plus qu'une anti-psychiatrie, autre courant majeur avec lequel elle entretiendra des rapports très critiques mais néanmoins étroits dans la deuxième moitié du 20^e siècle.

Une *alter*psychiatrie – c'est-à-dire, étymologiquement, une autre médecine ou une « médecine alternative » de l'âme, de la psyché – pour penser une *autre* santé mentale, ça peut déjà sembler en effet une voie sinon prometteuse, du moins pertinente, et donc à explorer pour penser un autre travail social en santé mentale. Mais cette voie se révélait d'autant plus pertinente et prometteuse ici que cette *alter*psychiatrie est d'abord « alter » précisément en ce qu'elle s'efforce de *resocialiser* et même repolitiser ce qui est aujourd'hui individualisé et psychologisé par les psy-disciplines de la « santé mentale ». Je vais même « abuser » à quelques reprises dans ce mémoire en proposant de concevoir la psychothérapie institutionnelle comme un véritable « travail (du) social » en psychiatrie, mais au sens littéral et propre du terme, et certainement pas en un sens « disciplinaire » : il s'agit certes pour cette *alter*psychiatrie de soigner la folie et la psychose, de soigner l'âme à la dérive et souffrante, mais en soignant d'abord et avant tout le *milieu social et symbolique* dans lequel elle se trouve, et donc en le « travaillant », en travaillant ce social. C'est même le principe premier, l'idée princeps et « révolutionnaire » de la psychothérapie institutionnelle lors de son invention pendant la Deuxième Guerre mondiale en France : pour espérer soigner la folie et les fous, il faut d'abord *soigner l'hôpital psychiatrique*, l'établissement de soin lui-même, en tant qu'espace social qui, faut-il le rappeler, prenait encore à l'époque la forme d'un lieu d'enfermement violent, et donc fermé au reste de la société, à savoir l'asile. Et il ne s'agira d'ailleurs même pas seulement pour la psychothérapie institutionnelle de travailler un social qui est déjà là, déjà donné, comme l'hôpital, mais aussi et surtout d'en *créer*, d'en inventer de

toutes pièces ou presque, c'est-à-dire de *produire* du sociosymbolique, ce qu'elle appellera aussi du collectif, de *l'institution* – bref, de produire du *lien social*, précisément ce lien qui est rompu, selon la psychanalyse, dans la psychose (cf. Oury, 1986). En effet, pour que ce social fasse lien, et donc fasse *sens* pour ceux qu'on appelait jadis les insensés, pour que ce social soit réellement soignant, donc, il ne saurait s'agir de partir de ce social qui est déjà là, qui précisément ne fait aucun sens, à tout le moins pour eux ; il s'agira plutôt, bien sûr, d'en créer *à partir* d'eux, à partir de ces sujets psychotiques et souffrants, à partir de ce qui les constitue le plus intimement et le plus singulièrement, de leur histoire et de leur(s) folies et de ce qui fait finalement toute leur singularité la plus propre en tant que *sujets*, à savoir leur *désir (inconscient)*, tel qu'il se manifeste notamment dans le transfert. C'est là bien sûr qu'interviendra la psychanalyse, avec son analyse du transfert, « instance de déchiffrement par excellence de ce qu'il en est du désir » (Oury, 1992 : 145). C'est là aussi que nous nous retrouvons sans doute le plus clairement aux antipodes de la « discipline » de la santé mentale qui cherche à produire de l'adaptation, à produire des comportements adaptés : plutôt que de chercher à discipliner ou même dresser des individus pour les adapter à une société, à des structures sociales aliénantes qui produisent elles-mêmes une prodigieuse souffrance de masse, chercher à *créer du social*, du collectif, de l'institutionnel, en repartant de ces individus – sujets – et de leurs désirs. Le pluriel a ici son importance, car on verra que cette création ne peut être qu'une affaire de *rencontres*, de relations entre des sujets et donc des désirs – précisément le sens premier, minimal, de ce qu'on appelle en psychanalyse le transfert, qui suppose toujours au moins deux sujets désirants en relation.

La psychothérapie institutionnelle, une alterpsychiatrie qui se pratiquerait donc comme un « autre » travail social, en soignant d'abord le milieu social, en soignant *par* le milieu (social), pourrait-on dire : c'était au départ surtout une intuition, l'intuition au départ de cette recherche. Une hypothèse, en somme, qu'il fallait maintenant aller confirmer ou infirmer ou peaufiner sur le terrain. Mais c'est à ce moment précis, quand l'intuition venait de prendre forme, que la pandémie de la COVID-19 a éclaté – je m'en souviens bien, j'étais dans le petit bureau de Marcelo, au 5^e étage du pavillon Hubert-Aquin, le jour même où on a annoncé le confinement généralisé en Italie, après une explosion dramatique du nombre de décès dans les jours précédents. On comprenait que la vague allait bientôt déferler ici aussi, et je comprenais qu'elle allait sans doute emporter avec elle sinon l'intuition prometteuse, du moins toute possibilité d'aller en confirmer les promesses sur le terrain. J'avais alors proposé à Audrey et Marcelo de réorienter toute ma recherche pour en faire un mémoire avant tout théorique, ou théorico-clinique, qui aurait pu se faire presque entièrement dans le confort de mon salon, où j'allais bientôt être confiné. Mais c'était au tour de

Marcelo de résister et de se montrer intransigeant : c'était non négociable, il fallait aller sur le terrain, sur le terrain de cette psychothérapie institutionnelle, il fallait aller voir et éprouver ce qui s'y passe concrètement, rencontrer les gens qui font exister cette mystérieuse institution, parce que non, ce n'est pas forcément ce qu'on imagine ou ce qu'on en dit. De toute sa passion sociologique du terrain, il m'avait convaincu. Il fallait donc être patient.

Après de multiples retards et reports, cette recherche de terrain a finalement pu être réalisée plus d'un an et demi plus tard, de novembre 2021 à janvier 2022, prenant la forme d'une observation participante d'une durée de sept semaines à la Clinique de La Borde, en France, qui est encore aujourd'hui l'un des hauts-lieux d'invention de la psychothérapie institutionnelle dans le monde. Ce mémoire se veut avant tout le compte rendu de cette recherche de terrain, qui a aussi et d'abord été une extraordinaire expérience humaine, à la fois très personnelle, très collective et éminemment sociale : une plongée dans ce que j'en viendrai à appeler, *a posteriori*, l'*institution du désir*. Après avoir précisé le cadre théorico-conceptuel (§2) qui a été mobilisé pour appréhender cette expérience – informant notamment la grille d'observation qui a été utilisée sur le terrain (annexe A) –, cadre qui s'articulera autour des concepts foucauldien de *sujet*, de *discours* et d'*ordre* ; après avoir décrit aussi le dispositif méthodologique « ethnographique » (§3) qui a été mis en place pour réaliser et analyser ces observations participantes en tant que stagiaire-moniteur ; après beaucoup d'attente, de doutes et d'hésitations en raison de cette pandémie qui ne cessait de sévir, on se retrouvera donc enfin de l'autre côté de l'Atlantique, au cœur de la forêt de Sologne, en France, pour aller à la rencontre de cette clinique et de cette institution à la fois mythiques et utopiques – ou hétérotopiques ? (Foucault, 2001i) –, rencontre dont rendra compte en détail le dernier chapitre de ce mémoire (§4).

Il est paraît-il de bon ton, dans une introduction à un mémoire en travail social ou en sciences sociales, d'expliquer sommairement les raisons pour lesquelles on en est venu à choisir tel objet de recherche plutôt qu'un autre, notamment en réinscrivant ce choix et cet objet dans un parcours personnel, intellectuel ou professionnel, ou en le situant éventuellement aussi par rapport à une pratique. C'était d'ailleurs l'une des critiques importantes qui avaient été formulées à l'égard de ce projet de recherche lorsqu'il a été présenté à l'École de travail social, en septembre 2020 : la professeure Shawn-Renee Hordyk, membre de ce comité chargé d'évaluer le « mérite scientifique » du projet, soulignait qu'on ne voyait pas tellement bien ce qui

m'avait amené là – à la santé mentale, à la psychiatrie, à la psychothérapie institutionnelle –, de sorte que ce projet et cet objet pouvaient sembler quelque peu « désincarnés » et « impersonnels », affaiblissant peut-être d'autant mon propos, mes positions et ma « proposition ». La critique me paraissait juste et pertinente, et j'en avais pris bonne note, promettant alors d'ajouter une introduction beaucoup plus ancrée dans mon vécu personnel et professionnel, qui situerait mon projet dans mon parcours et qui *me* situerait par rapport à cet objet qu'est la psychothérapie institutionnelle. Mais c'était alors sans compter que cette question allait aussi ressurgir brutalement, certes sous une autre forme, là où je ne l'attendais pas vraiment : *sur le terrain lui-même*, dans cette rencontre avec la psychothérapie institutionnelle et son « institution ». C'est sans doute en effet la première et grande question qui se pose – et qui se pose de mille manières, on le verra – pour la personne qui arrive sur ce terrain, qui cherche tant bien que mal à s'inscrire dans cette vaste institution, qui se voit donc aussi jetée sans trop de préparation – on n'y est jamais complètement *pré-paré* – dans la *clinique*, c'est-à-dire ici auprès de la psychose, auprès d'une souffrance souvent extraordinaire, auprès de toute cette folie qu'il s'agirait de « soigner » et qui ne manque(nt) jamais une occasion de nous troubler, de nous mettre en question dans ce que nous sommes profondément en tant qu'êtres humains, en tant que sujets : *qu'est-ce que je fous là ?* La psychothérapie institutionnelle fera de cette question l'un des principaux axiomes, l'un des principes cardinaux de toute sa clinique, de toute son éthique, en ce qu'elle pointe ou devrait pointer, lorsqu'on la prend au sérieux, vers cela même qui se révélera réellement « soignant », vers cela même qui sera susceptible de créer de l'institution et du lien, à savoir bien sûr le *désir*. Qu'est-ce que j'apporte ainsi de moi et « avec » moi – le pléonasme a sans doute ici sa pertinence – dans cette rencontre avec la folie ? Qu'est-ce qui, dans mon histoire et dans ma singularité, dans mon être le plus intime, m'amène ici et me dispose à accueillir, à vouloir accueillir en moi quelque chose de cette folie ?

Ces questions devaient-elles se poser dans un contexte de recherche, comme c'est le cas ici ? Elles auraient très certainement pu être esquivées, entre autres sous couvert d'une certaine « objectivité scientifique », au nom de laquelle il s'agirait alors d'observer, et même de tout observer, mais en évitant soigneusement de s'observer *soi-même*, et en mettant dans ces observations le moins possible de « soi » et de sa subjectivité. Mais cette posture était évidemment intenable dans le cadre de la présente recherche, qui se voulait dès le départ – et qui ne pouvait être que – *participante*, c'est-à-dire qui devait m'amener à m'investir activement et pleinement dans la clinique et dans toute sa vie quotidienne. La question-axiome de la psychothérapie institutionnelle – *qu'est-ce que je fous là ?* – s'est d'ailleurs posée brutalement pour moi dès les premiers jours sur le terrain, mettant en question l'objet même de cette recherche, dont je

prenais conscience qu'il était aussi et d'abord *objet de désir* – le mien en occurrence –, et qu'il n'allait donc en aucun cas pouvoir être appréhendé sans me mettre minimalement en question dans mon propre désir, c'est-à-dire dans ce qui me constitue comme sujet. Au fil des jours et des semaines, il devenait aussi de plus en plus clair que cette question-axiome et ce vers quoi elle pointe – le désir, le mien et celui de l'Autre, mais aussi ultimement l'institution dans laquelle ce désir va s'inscrire, voire qu'il va participer à créer – devenait non pas une question préliminaire qu'il serait possible de « régler » rapidement en introduction, mais bien l'un des principaux « résultats », l'une des principales « découvertes » de cette recherche, d'où d'ailleurs le titre de ce mémoire et les titres de deux de ses principales sections – *Désir et institution*. Un résultat certes absolument imprévu, dont on pourra retracer la genèse dans le dernier chapitre de ce mémoire (§4), et dont j'espère aussi pouvoir montrer, même si c'est seulement en conclusion, la pertinence pour penser aujourd'hui un « autre » travail social en santé mentale.

Les « résultats imprévus » font sans doute la beauté et même la force de ces recherches qui ne savent pas à l'avance ce qu'elles veulent trouver, ni donc ce qu'elles vont trouver. Procédant un peu à tâtons, en laissant une grande place à l'intuition, au hasard et aux rencontres inattendues, empruntant des chemins sans toujours savoir où ils mènent, ou parfois en se doutant même qu'ils ne mènent nulle part, ces recherches comportent évidemment aussi leur part de risques. Le plus évident, le plus inquiétant aussi pour un chercheur, c'est peut-être de ne finalement rien trouver du tout, de simplement se perdre dans l'immensité vertigineuse du terrain en cherchant pour ainsi dire à l'aveugle, ou pire, en devenant aveugle à tout ce qui s'y passe. Il peut aussi arriver, dans ces recherches tâtonnantes, que l'on se mette à « creuser » le terrain là où il ne le faudrait pas nécessairement – parce qu'il n'y avait là au fond rien à trouver –, peut-être même au risque de tomber dans ces « trous » que l'on creuse un peu partout à la recherche de quelque chose, sans trop savoir quoi précisément. La présente recherche n'a sûrement pas réussi à éviter tous ces risques, et elle est certainement tombée à différents moments dans quelques trous, qui seront probablement manifestes à la lecture de ce mémoire. On gardera néanmoins à l'esprit que tous les trous qui parsèment ce mémoire, tout comme l'inachèvement évident de celui-ci, participent finalement à la logique même de son objet – objet de recherche qui était aussi, qui est encore, objet de désir –, et font donc pour ainsi dire partie, paradoxalement, des résultats les plus « probants » de cette recherche : cette logique du désir qu'il s'agirait peut-être de retrouver en nous pour en venir à réinventer notre « santé mentale », notre travail (social), nos institutions, voire nos sociétés.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 Folie, santé mentale, travail social

En raison des mandats que lui confient les institutions sociales dans lesquelles il est pratiqué et qui l'amènent à intervenir auprès des individus les plus marginalisés de la société, le travail social a toujours été, depuis ses origines, en contact avec des individus qui présentent des problèmes de santé mentale, diagnostiqués ou non. Depuis toujours, certes, mais il faudrait sans doute ajouter : *plus que jamais aujourd'hui* – à une époque où les frontières entre trouble mental et problème social apparaissent de plus en plus poreuses et floues, ce qu'illustre d'ailleurs bien ce néologisme de « problème de santé mentale » pour désigner ce qu'on appelait jadis la folie, l'aliénation et, plus tard, la maladie mentale. Dans ce néologisme, comme dans les discours sociaux où il est d'abord apparu, on voit en effet s'imbriquer, *souvent au point de se confondre*, les deux grandes dimensions ontologiques de la folie que sont le *social* (problématique) et le *mental* (perturbé) (Ehrenberg, 2004a ; Martuccelli, 2005 ; Otero, 2015). Dans cette imbrication, le partage entre social et mental n'est évidemment pas égal – ce qu'indique encore bien le néologisme –, la confusion étant aujourd'hui semée au profit du deuxième : on remarque ainsi que beaucoup de problèmes qui pouvaient encore être considérés il y a un demi-siècle comme des problèmes avant tout *sociaux* – itinérance, déviance, criminalité, toxicomanie, chômage, etc. – se voient de plus en plus recodés aujourd'hui dans le langage psychologisant de la santé mentale ; en tout cas, on ne saurait plus les analyser et les aborder aujourd'hui sans prendre en considération cette dimension de la santé mentale et son « envers », celle de la souffrance psychique (Ehrenberg, 2004a).

Si le travail social a *plus que jamais* affaire à ces nouvelles « folies » codées comme problèmes de santé mentale, ce n'est peut-être donc pas parce qu'il y aurait *en soi* plus de folie(s) dans nos sociétés, ni parce que le travail social aurait élargi son champ de pratiques, mais peut-être bien davantage parce que les problèmes que cible traditionnellement le travail social dans ses interventions sont aujourd'hui pensés et construits, au moins partiellement, en termes de santé mentale. En revanche, s'il y a sans doute bien davantage de *problèmes de santé mentale* aujourd'hui, comme le laissent croire les nouvelles prévalences alarmantes qu'on nous rappelle régulièrement, on pourra penser que c'est là aussi, entre autres, parce que nous voulons voir des enjeux de santé mentale là où, il y a encore quelques décennies, nous voyions toute autre chose (car cette « chose » qu'est la santé mentale, de toute façon, était encore inconnue).

En somme, la santé mentale, cet « objet-notion » qui n’existait pratiquement pas il y a à peine un siècle, alors que le travail social se constituait comme nouveau champ de pratiques sociales, est devenue aujourd’hui une *évidence* et une référence pour ainsi dire absolues aussi bien en travail social que dans la société en général – dans *les* sociétés en général, devrait-on dire, tellement c’est un phénomène planétaire, qui ne connaît pas de frontières : *nous vivons et travaillons (le social) à l’ère de la santé mentale*. Et c’est sans doute parce que nous vivons à l’ère de la santé mentale que cet objet-notion nous apparaît aujourd’hui comme une évidence presque naturelle, qui paraît aller de soi et n’a donc plus vraiment à être remise en question, et que nous avons tendance à oublier qu’il est, comme tout objet et toute notion d’ailleurs, le produit d’une société et d’une époque données. Vivre et travailler à l’ère de la santé mentale, c’est vivre et travailler à une époque où de vastes ensembles de discours, d’institutions, de pratiques et d’objets sont structurés et organisés autour de cette super-notion, qui est aussi devenue, depuis les années 1980, une *super-valeur* de nos sociétés (Ehrenberg, 2005b). On ne s’étonnera donc pas que plusieurs voient dans cette santé mentale sinon une « idéologie » (Oury, 2014a), du moins une nouvelle « forme sociale » hégémonique (Ehrenberg, 2004b) et un véritable *ordre* de discours et de pratiques – ordre qui ne serait donc pas sans façonner au moins en partie le travail social contemporain.

Une précision s’impose d’entrée de jeu. L’objet de la présente recherche ne sera pas tant ce nouvel ordre de la santé mentale, mais ce sera plutôt, au contraire, certains petits espaces de « désordre » qui subsistent dans les marges de cet ordre et qui n’obéissent justement pas aux règles élémentaires de cette nouvelle « discipline de la santé mentale » (Rose, 1986) – espaces de désordre ou plutôt de *résistance* qui invitent dès lors à penser ou à rêver d’autres ordres possibles, d’autres lieux discursifs à partir desquels on pourrait *dire* et penser la folie, d’autres espaces de pratiques dans lesquels pourraient se réinventer les fous, les folles et leur(s) folie(s). Parmi ces espaces sans doute nombreux mais souvent invisibles – car « invisibilisés » –, il y a ceux auxquels cette recherche voudrait s’intéresser plus particulièrement, à savoir ceux créés depuis la Deuxième Guerre mondiale par le mouvement de psychothérapie institutionnelle, qui entend précisément offrir à la folie d’autres espaces sociaux dans lesquels elle peut se déployer et exister autrement. Au fond, l’objet de cette recherche, ce ne sera donc pas tant la santé mentale, mais bien la *folie* – en un sens qu’il faudra préciser – et ce que nous en faisons (et pourrions en faire) dans nos sociétés, et plus particulièrement en travail social, profession qui joue depuis une cinquantaine d’années un rôle toujours plus important dans la prise en charge des folies dites désinstitutionnalisées.

S'il paraîtra néanmoins nécessaire ici de tenter de circonscrire ce champ de la santé mentale, d'aller voir ce qu'il recouvre, d'aller voir quels sont ses objets et pratiques de prédilection, c'est bien sûr parce que la folie (comme le travail social d'ailleurs) semble de moins en moins pensable aujourd'hui en dehors de cet ordre de la santé mentale. On pourrait même croire que la folie *n'existe plus*, du moins en dehors de cet ordre qui justement la recode comme problème de santé mentale ou trouble mental, ce dont témoignerait d'ailleurs la disparition du terme pour désigner la perturbation grave de la psyché ou du mental, en tout cas dans les discours dominants, scientifiques, juridiques ou politiques, y compris en travail social (cf. Morin et Clément, 2019). Si la présente recherche part en fait d'un postulat inverse – à savoir qu'*une folie irréductible au « problème de santé mentale » continue d'exister dans les marges de ce nouvel ordre*, précisément dans ces espaces de résistance et de création auxquels elle en viendra à s'intéresser –, elle reconnaît néanmoins que c'est cet ordre de la santé mentale – avec ses discours médico-psychiatriques, juridiques, etc. – qui tend aujourd'hui à définir ce que *doit* être la folie dans nos sociétés *et ce que nous devons en faire*. Elle reconnaît surtout qu'il serait vain d'envisager un « autre ordre » ou même de penser ces espaces de résistance dans lesquels une autre folie peut se déployer, sans d'abord chercher à comprendre et analyser minimalement l'ordre dominant dans lequel nous la pensons et la traitons actuellement – et souvent à notre insu – ou, le cas échéant, auquel nous résisterons.

C'est à cette tâche générale que sera consacré le premier temps de cette recherche : mettre *en question* cette évidence qu'est devenue la santé mentale dans les sociétés contemporaines en général, mais aussi, plus particulièrement, en travail social. Ce sera l'occasion de poser quelques questions, toutes plates en apparence, mais qui nous permettront peut-être de mieux comprendre ces « nouvelles folies » auxquelles nous avons si souvent affaire en travail social. Qu'est-ce, en effet, que cette santé mentale que nous plaçons désormais au cœur de nos pratiques d'intervention ? Comment le travail social contemporain a-t-il pu en venir, en quelques décennies, à faire de la santé mentale l'un de ses champs d'intervention non seulement légitimes, mais aussi incontournables ? À quelle(s) conception(s) du mental (et de la santé) se réfère aujourd'hui le travail social dans ses pratiques et discours ? Et, s'appuyant sur ces conceptions, à quel(s) traitement(s) du « mental » le travail social est-il le plus souvent appelé à participer aujourd'hui ? Quelle sera alors précisément la *cible* de l'intervention de ce travail social en santé mentale ? En quoi ces interventions du travail social en santé mentale se distingueront-elles de celles des autres grandes « psy-disciplines » de la santé mentale – psychologie, psychoéducation, psychanalyse, etc. ?

1.2 Les trois utopies : une histoire du présent et de ses folies

Que ce soit comme objet, comme notion ou comme champ de pratiques, et contrairement à ce que l'on pourrait croire aujourd'hui, la santé mentale n'a pas toujours existé. Au contraire, et pour reprendre la belle expression que Michel Foucault (1966) utilisait dans *Les mots et les choses* pour décrire l'Homme, il faudra plutôt voir dans la santé mentale une *invention très récente*, c'est-à-dire qu'elle est un « objet » social qui a une *histoire* (même si elle est encore récente), qu'elle est donc le *produit* de tout un ensemble organisé et structuré de pratiques et de discours sociohistoriques qui prennent souvent forme à l'intérieur d'institutions sociales spécifiques (Foucault, 1969 ; 1971). Pour le dire autrement : on ne pourra comprendre ce qu'est la « santé mentale » sans aller voir ce qu'on *dit* et ce qu'on *fait* au nom de la santé mentale dans nos sociétés, sans aller explorer les discours, les énoncés, les pratiques, les dispositifs de traitement et de prise en charge qui sont mobilisés aujourd'hui pour « produire » la santé mentale. C'est donc bien sûr aussi à travers ces discours et pratiques qu'est définie (et que doit se définir) la folie contemporaine. Pour paraphraser cette fois le psychiatre italien Franco Basaglia (2007) – mais qui rejoignait certainement Foucault (1994) sur ce point –, *la folie n'existe qu'en société*, dans une société qui la nomme, la définit, la code, l'explique, la classe, etc. De sorte que chaque société a un peu la folie qu'elle « mérite », puisque c'est celle qu'elle se donne à travers ses discours et ses pratiques.

Quels sont donc ces discours, pratiques, dispositifs et institutions qui participent à définir cette folie contemporaine que nous rencontrons quotidiennement en travail social ? Et comment le travail social participe-t-il lui-même, avec ses discours et pratiques propres, à ce codage, à cette définition de la folie ? Ce sont ces questions qu'il s'agira avant tout de poser ici pour pouvoir mieux problématiser l'objet de cette recherche – ce qui suppose d'abord de chercher à resituer cette folie contemporaine sur un plan sociohistorique, ou autrement dit : *d'historiciser la santé mentale*.

À partir des travaux classiques de Michel Foucault (1977), de Robert Castel (1981) et d'Alain Ehrenberg (2005b), il est possible de concevoir l'histoire moderne de la folie à partir de ses trois grands moments-charnières (qui ouvrent sur trois périodes historiques distinctes et inégales), moments auxquels correspondront aussi trois figures et définitions sociales de la folie : le grand renfermement (16^e siècle), le grand désenfermement (années 1960) et le grand renversement (années 1980) (cf. aussi Otero, 2005). Ce découpage, comme tout découpage historique peut-être, pourra sembler arbitraire et schématique – et il exigera sans doute de multiples nuances –, mais il permettra de bien situer, dans une première approche, l'objet de cette recherche.

1.2.1 Le grand renfermement

Le premier moment est celui qui a été analysé par Michel Foucault (1977) dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* : alors que la Renaissance européenne avait – semble-t-il – entrepris de « libérer les voix » d'une folie encore prisonnière du joug mystico-religieux médiéval, notamment dans l'art et la littérature, la modernité se caractérisera par un mouvement inverse et brutal qui consistera, à partir du 16^e siècle, à réduire la folie au silence en l'emmurant et l'enfermant. Ce « grand renfermement » ne concerne d'ailleurs pas seulement ceux que l'on qualifiait alors d'insensés, mais aussi *tous* les délinquants, vagabonds, invalides et autres improductifs – bref, tous ces indésirables qui perturbaient l'ordre monarchique et bourgeois alors en train de se constituer. C'est pourquoi le grand renfermement a pu être qualifié d'*indifférencié* : le traitement de la folie n'est alors en rien différent de celui réservé aux autres formes de déviance et de misère – dans tous les cas, il s'agit d'éloigner du regard en enfermant et bien souvent en enchaînant. Avec Foucault, on pourra d'ailleurs voir dans ce grand renfermement l'un des moyens de prédilection des pouvoirs politiques de l'époque pour gérer les effets sociaux souvent catastrophiques du capitalisme naissant, et notamment pour contrôler et réprimer ces nouvelles populations miséreuses et marginales, de plus en plus nombreuses, qui errent dans les villes en voie d'industrialisation.

Que l'enfermement de la folie ait été la règle dans les sociétés occidentales jusqu'au 20^e siècle ne doit toutefois pas empêcher de voir les différentes formes, pas toujours aussi répressives, qu'il a pu prendre au fil de ces quatre siècles – et c'est ici, entre autres, que des nuances paraissent s'imposer. Cette période historique qui s'ouvre avec le grand renfermement, c'est celle des cachots froids et humides, des saignées et des chaînes, mais c'est aussi celle de Philippe Pinel qui, à la fin du 18^e siècle, retire ces mêmes chaînes et entend humaniser le traitement de la folie, d'abord en séparant ceux qu'on appelle maintenant les « aliénés » des autres pensionnaires de l'hôpital ; c'est aussi celle des William Tuke et Dorothea Lynde Dix, du « traitement moral », puis, aux 18^e et 19^e siècles, des premières grandes classifications scientifiques des maladies mentales, comme celle d'Emil Kraepelin, ancêtres des nosographies psychiatriques contemporaines que sont le DSM et la CIM. C'est donc aussi à travers le grand renfermement – *différencié* cette fois – que se dessine progressivement une nouvelle figure de la folie, qui persistera d'ailleurs jusqu'à nos jours : à force d'être observée, la folie en vient à être objectivée, elle devient objet de science et bientôt *maladie* devant être traitée par une *médecine*. C'est la naissance de la psychiatrie, et c'est aussi la naissance de l'*asile*, en tant que lieu quasi utopique dédié au traitement scientifique et moral de l'« aliénation » (Foucault, 1977 ; cf. aussi Cellard, 1991 ; Keating, 1993 ; Swain, 1977).

Ce grand renfermement, qui se traduit donc par une institutionnalisation et une médicalisation graduelle de la folie, a également lieu Québec, bien que ce soit avec un peu de retard par rapport aux autres sociétés occidentales déjà plus industrialisées : dans le Québec encore rural du début du 19^e siècle, la prise en charge de la folie incombe encore avant tout aux familles et aux paroisses, alors que l'internement – le plus souvent dans les hôpitaux généraux – demeure l'exception (Cellard, 1991). Ce n'est qu'au fil du 19^e siècle que l'asile s'impose finalement comme solution globale et « finale » au problème de la folie et autres déviances associées qui perturbaient l'ordre social et moral de la nouvelle société bourgeoise (Boudreau, 2003 ; Cellard, 1991).

1.2.2 Le grand désenfermement

L'enthousiasme suscité par l'asile – et par le traitement moral pour lequel il avait été d'abord pensé – est toutefois de courte durée, aussi bien au Québec que dans toutes les sociétés occidentales. En l'espace de quelques décennies à peine, on prend conscience que ces lieux qui, selon Pinel (1809), devaient guérir et « consoler les aliénés », sont devenus aussi surpeuplés que les hôpitaux généraux qu'ils ont remplacés et, qui plus est, d'une population presque aussi indifférenciée qu'au 17^e siècle, composée de toutes sortes d'indésirables et d'exclus de la société (Boudreau, 2003). Dans les années 1950 et 1960, alors qu'un vent de changement souffle sur le Québec – qui entreprend sa Révolution tranquille – et sur les sociétés occidentales, la situation dans les asiles était devenue intenable à la fois institutionnellement, politiquement et éthiquement, en plus d'être difficilement justifiable sur le plan médical ou scientifique (Otero, 2015 : 33-4). Témoignages d'anciens patients internés (par ex. Pagé, 2018), grandes critiques sociologiques (Foucault, 1977 ; Goffman, 1968), antipsychiatrie (Basaglia, 2007 ; Cooper, 1978 ; etc.), mais aussi critique interne – progressiste et communautaire – de la psychiatrie (par ex. : Laurin, 2018) : l'« institution totalitaire » (Goffman, 1968 : 45-54) qu'est devenu l'asile et la psychiatrie rétrograde qui y est pratiquée sont au banc des accusés. Partout en Occident, les gouvernements emboîtent rapidement le pas en proposant des réformes profondes des systèmes de soins psychiatriques (cf. Bédard et *al.*, 1962). Désormais, l'internement devra en principe être l'exception plutôt que la règle, c'est-à-dire qu'il ne sera utilisé qu'en dernier recours, les nouvelles politiques publiques privilégiant maintenant une prise en charge dans et par la « communauté », c'est-à-dire dans le milieu de vie « naturel » – familles, ressources de proximité, etc. – de ces individus qu'on appelle de plus en plus « malades mentaux ». Les sociétés occidentales entraient alors de plain-pied dans l'ère de la désinstitutionnalisation de la folie, qui correspond au deuxième grand moment de son histoire moderne – celui que Castel (1981) appelle, en référence à Foucault, le « grand désenfermement ». Au Québec, en quelques années à peine, plusieurs

milliers de patients sont relâchés dans la « nature » (si c'est bien de « milieux naturels » dont il s'agit), se voyant promettre des soins et services d'un nouveau genre, plus humains, et prodigués en ambulatoire ou dans de nouvelles cliniques communautaires (Dorvil et Guttman, 1997 ; Guberman et *al.*, 1987 ; Thifault et Dorvil, 2014).

On voudrait y voir l'histoire d'une libération – et c'est certainement ainsi qu'elle fut imaginée, espérée et voulue par celles et ceux qui ont fait et écrit cette histoire, y compris de nombreux ex- patients des asiles (cf. Pagé, 2018). Dans les faits, et sans minimiser les effets libérateurs qu'a pu avoir ce grand désenfermement, il faut reconnaître que l'optimisme thérapeutique qui a animé le processus de désinstitutionnalisation dans les années 1960 a été là encore de courte durée (cf. Dorvil et Guttman, 1997). Avec le recul d'un demi-siècle, on pourra même penser que la société est simplement passée d'une « utopie » à l'autre : à l'utopie asilaire en déchéance est venue se substituer ce qui apparaîtra bien vite comme une nouvelle utopie, cette fois « pharmaco-psycho-communautaire ». En combinant la nouvelle pharmacopée neuroleptique, les nouvelles psychothérapies et les effets d'une réinsertion communautaire, les jeunes psychiatres comme Camille Laurin (2018 : 14) pouvaient en effet entrevoir le jour où ils parviendraient à « réduire, sinon arrêter, ce fléau des temps modernes que constitue la maladie mentale » !

Nous vivons et travaillons encore aujourd'hui dans les sillages troubles de cette utopie de la désinstitutionnalisation, laquelle continue à orienter beaucoup, sinon la majorité des interventions auprès des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. Comme toutes les utopies sans doute, celle du désenfermement a entraîné son lot de déceptions et de souffrances bien réelles pour les individus concernés. On réalise en effet bien vite – dès les années 1970 – que les fameux services communautaires de proximité qui avaient été promis ne sont pas vraiment au rendez-vous, ou du moins qu'ils sont insuffisants (Dorvil et Guttman, 1997 ; Thifault et Dorvil, 2014). Pour beaucoup d'anciens internés, la libération du désenfermement ne devient finalement qu'un *abandon*, délaissés qu'ils sont à la fois de leur famille (mal préparée pour les recevoir), de leur communauté (où ils ne sont peut-être pas tant les bienvenus, en fin de compte) et de l'État. Un abandon avec des conséquences souvent dramatiques : un grand nombre de ces anciens internés se retrouvent d'abord dans les grandes villes, à errer dans les rues et les métros, avant d'être arrêtés par la police pour être amenés soit en prison, soit à l'hôpital. Le parcours type du fou désinstitutionnalisé se déroule maintenant dans un réseau d'espaces sociaux aux « portes tournantes » (on en fera même un « syndrome » en ce qui concerne l'hôpital), entre la rue, l'hôpital, la

prison et bientôt toutes sortes d'organismes communautaires. La folie est encore médicalisée – c'est même désormais « une maladie comme les autres » (Bédard et *al.*, 1962 ; Laurin, 2018) –, mais elle est aussi de plus en plus judiciaire et criminalisée, se voyant prise en charge par ces institutions que sont la police, les tribunaux et la prison (Dorvil et Guttman, 1997).

C'est aussi une nouvelle figure de la folie qui se dessine graduellement au cours des vagues successives de désinstitutionnalisation (Dorvil et Guttman, 1997), celle d'une folie pensée non plus seulement comme maladie mentale, mais aussi comme *crise psychosociale* (Otero, 2005) – folie qui demandera donc une intervention non plus seulement psychiatrique, psychologique et institutionnelle, mais aussi sociocommunautaire. C'est d'ailleurs dans ce contexte que le travail social sera amené à jouer un rôle de plus en plus important dans les dispositifs de prise en charge de cette nouvelle folie « désenfermée » (cf. Bergeron-Leclerc, 2019).

1.2.3 Le grand renversement

Les sociétés occidentales auraient-elles libéré la folie des asiles pour la renfermer aussitôt dans les prisons, quand ce n'est pas simplement pour l'abandonner dans les rues, sorte de nouvel « asile à ciel ouvert » (Otero, 2015) ? La question peut se poser sérieusement quand on analyse l'histoire de la désinstitutionnalisation, et les exemples ne manquent pas encore aujourd'hui, en 2020, pour illustrer ces phénomènes de criminalisation et d'abandon. Pourtant, depuis les années 1990, les sociétés occidentales ont tenté par divers moyens de contrer cette double tendance, c'est-à-dire, d'une part, de déjudiciariser et décriminaliser la folie (cf. Morin, Landreville et Laberge, 2000), et, d'autre part, de réinventer la manière dont elle sera prise en charge (ou pas...), en tout cas la manière dont elle sera *gérée*. Ce n'est pas le moindre des paradoxes de nos sociétés de droit que cette déjudiciarisation ait dû passer avant tout par la mise en place de mesures et d'instruments... juridiques et légaux, comme la fameuse loi P-38 au Québec, dont l'objectif était justement de rediriger toute cette folie vers les établissements de santé plutôt que vers les prisons, tout en resserrant les critères autorisant les hospitalisations forcées autour de la notion de *dangerosité* (Québec, 2020 ; cf. aussi Otero, 2015).

Cette notion de dangerosité et bientôt celle de *risque* (Castel, 2011) deviennent d'ailleurs centrales non seulement dans les nouvelles législations visant à encadrer cette folie hétéroclite et souvent menaçante qui foisonne dans les villes, mais aussi dans l'élaboration des nouvelles *interventions* biopsychosociales qui sont prescrites pour la contenir et la gérer. Obéissant de plus en plus à une logique épidémiologique et

« biopolitique » (Foucault, 2004a ; 2004b ; 2012) de santé publique, ces interventions consistent alors à la fois à repérer et évaluer le risque – à petite et grande échelles –, de manière à pouvoir ensuite mieux le réduire, le prévenir et le gérer (cf. aussi Ehrenberg, 2005b). Cibles de ces nouvelles interventions biopsychosociales, les individus qui appartiennent à des populations jugées « difficiles » – comme ceux qui présentent des troubles mentaux sévères et persistants – se voient d’ailleurs de moins en moins considérés en tant que sujets singuliers ayant une histoire et un vécu propres, et de plus en plus comme de simples « combinatoires » de *facteurs* – facteurs de risque et facteurs de protection (Castel, 1983 ; 2011). Les interventions visent alors évidemment à faire en sorte que les facteurs de protection deviennent prépondérants par rapport aux facteurs de risque, et ce, à tous les niveaux (neuro-biologique, psycho-comportemental, socio-populationnel, etc.). Concrètement, pour les intervenants qui prennent en charge ces individus, il s’agirait donc moins de guérir ou même de traiter des maladies que de « protéger » ces individus du risque qu’ils présentent à la fois pour eux-mêmes et pour autrui – et on pourra bien sûr se demander si c’est bien eux que l’on cherche à protéger, et non pas encore, un peu comme au 18^e siècle, un certain ordre social et moral qu’ils viennent déranger et menacer par leurs comportements risqués, dangereux ou dérangeants. C’est la bonne vieille question en éthique de l’intervention (Bourgeault, 2004 : chap. 2) : *mais qui cherche-t-on à protéger au juste ?*

On comprend alors que l’hospitalisation devient, dans ces nouveaux dispositifs de prise en charge, une espèce de cas limite qui survient seulement dans les « marges d’erreur » des nouvelles stratégies de prévention. Pour cette nouvelle utopie gestionnaire et hygiéniste qui semble maintenant orienter la prise en charge de la folie, les ailes psychiatriques des hôpitaux telles qu’on les connaît encore aujourd’hui seraient appelées à disparaître, à mesure que disparaîtraient aussi les *problèmes de santé mentale* eux-mêmes – et les risques qu’ils posent – grâce aux nouvelles interventions biopsychosociales préventives (Otero, 2003a ; 2005). Ce qui ne veut évidemment pas dire qu’il n’y aura alors plus de *maladies mentales* ou de troubles mentaux – il y en aura au contraire plus que jamais ! –, mais bien seulement que leur aspect socialement problématique – dangereux, dérangeant, handicapant, etc., ce qui précisément en fait un *problème* de santé mentale – aura, lui, été parfaitement maîtrisé (en tout cas, avec une marge d’erreur négligeable qui ne justifiera certainement plus le maintien d’hôpitaux psychiatriques). Au fond, l’utopie de la nouvelle psychiatrie scientifique se conçoit et s’énonce clairement : *nous aurons tous tôt ou tard un ou des troubles mentaux diagnostiquables grâce aux nouvelles nosographies de plus en plus exhaustives et précises, mais – bonne nouvelle – les nouvelles interventions biopsychosociales efficaces fondées sur*

les données probantes nous rendront néanmoins parfaitement fonctionnels, productifs et même – si nous ne sommes pas trop exigeants – heureux.

Depuis la fin des années 1980, cette utopie a un nom : la *santé mentale*. L'OMS (2013) nous le confirme d'ailleurs : *la santé mentale ne se réduit aucunement à l'absence de la maladie ou de symptômes* ; au contraire, il est tout à fait possible d'avoir une « bonne » santé mentale tout en présentant les symptômes d'un trouble mental, même grave, car la santé mentale correspond plutôt à un « état de bien-être [...] qui permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté » (cf. aussi par ex. : Provencher et Keyes, 2011). Le succès retentissant de la notion de santé mentale – qui sera bientôt une valeur à part entière – dans les sociétés occidentales représente donc un tournant décisif dans la prise en charge de la folie, d'abord justement parce que la maladie mentale se voit « englobée » dans le vaste spectre de la santé mentale et de ses « problèmes », qui inclut maintenant toutes sortes de difficultés quotidiennes, de malaises diffus et de souffrances psychosociales (Ehrenberg, 2005b ; 2005c ; Otero, 2015). C'est là précisément ce qu'Alain Ehrenberg (2004 ; 2005b ; 2005c) appelle, en référence à Foucault et Castel, le *grand renversement*, qui serait le résultat d'une réorganisation des « rapports entre maladie, santé et socialisation », ainsi que d'une réarticulation de la relation entre le normal et le pathologique.

Assez paradoxalement, la diffusion extraordinaire de la notion de *santé mentale* s'accompagne en effet d'un élargissement virtuellement sans limites de ce qui doit être considéré comme (psycho)*pathologique* (trouble mental), élargissement qui n'a au fond d'équivalent que celui du pouvoir médico-psychiatrique : si ce pouvoir était jusque dans les années 1960 limité à l'intérieur des murs de l'asile ou de l'hôpital, la référence à la santé mentale lui fournit depuis 50 ans le prétexte et la justification pour s'étendre en droit à toutes les populations, à tous les individus, à tous les espaces sociaux (Ehrenberg, 2016 ; Rose, 2006). Tout sera désormais psychiatrisable ou médicalisable, car tout est désormais compris à travers ce prisme de la santé mentale, y compris toutes sortes de problèmes qui pouvaient, encore récemment, être considérés comme des problèmes *sociaux*. Bref, ce qui était considéré comme « le » pathologique il y a quelques décennies à peine – la maladie mentale – se fond de plus en plus dans la masse indifférenciée des « problèmes de santé mentale », qui relèvent davantage d'une « normalité problématique » (puisque tout le monde finit par en souffrir un jour ou l'autre) que de pathologies à proprement parler (cf. Ehrenberg, 2005c).

La frontière incontournable et toujours problématique du normal et du (psycho)pathologique (Canguilhem, 2013) se voit donc de plus en plus brouillée à l'ère de la « santé mentale pour tous » (Rose, 2006 : 115). Ce qui ne veut évidemment pas dire que la notion psychiatrique de santé mentale ne renvoie plus à aucune norme ou normativité sociale, psychologique ou statistique – une norme restera toujours indispensable pour justifier une intervention –, mais seulement que les limites du normal et du pathologique semblent s'être déplacées dans le champ médico-psychiatrique en raison directe de certaines transformations majeures qui survenaient en même temps – c'est-à-dire depuis 40 ans – dans les sociétés contemporaines, notamment sur le plan de normativité sociale. En ce sens, on remarque que le normal et le pathologique dans le champ de la santé mentale et des « psy-disciplines » (chapeautées par la psychiatrie) se voient de moins en moins pensés en référence à la maladie – aussi préfère-t-on ne plus parler de « maladie mentale » – et de plus en plus en référence au *handicap* (Ehrenberg, 2004 ; 2005b) et aux capacités d'*adaptation* (Otero, 2003a ; 2005a ; 2005b). C'est pourquoi le problème de santé mentale ne se réduit pas jamais au seul trouble, mais renvoie plutôt à l'incapacité à s'adapter de manière satisfaisante à son « environnement » pour pouvoir mener une « vie épanouie », et ce, malgré le trouble, ou même par-delà tout trouble diagnostiqué ou diagnostiquable. C'est cette *inadaptation* qui est réellement problématique dans le *problème* de santé mentale, considère-t-on désormais, au point où la nouvelle psychiatrie va même jusqu'à en faire un critère diagnostique à part entière, celui de l'« altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants » – critère « particulièrement utile, précise-t-on, pour déterminer si un patient a besoin ou non d'un traitement » (APA, 2013 : 23-24).

Car, c'est la bonne nouvelle annoncée, comme chaque problème a sa solution, il existe effectivement des traitements pour ces nouveaux problèmes de santé mentale, c'est-à-dire un ensemble d'interventions – pharmacologiques, psychologiques, psychosociales, éducatives, etc. – qui chercheront non pas tant ou nécessairement à « guérir » les troubles – ce sont là aussi d'heureux cas limites –, mais bien à *développer les capacités d'adaptation* des personnes qui présentent un « déficit fonctionnel » (en raison d'un trouble mental ou pas) afin qu'elles puissent retrouver un niveau de fonctionnement social et professionnel optimal correspondant à leurs « aspirations ». On pourra évidemment reconnaître, dans ce nouvel écosystème – certes hétérogène – de pratiques d'intervention pluridisciplinaires, ce qu'on appelle depuis les années 1990 le « champ de la santé mentale », dont la fonction première serait précisément, dans une perspective sociologique, de « produire de l'adaptation » (et on pourra même se demander si, à l'intérieur de ce champ, il existe encore une santé mentale distincte de l'adaptation, ou s'il ne s'agit pas finalement d'une seule et même chose) (Otero, 2003a ; 2005a ; 2005b).

L'inadaptation – pathologique ou pas, ce n'est plus ce qui est important après le grand renversement – et la souffrance psychique qu'elle génère – voilà bien ce qui est important dorénavant – trouveraient donc une réponse presque univoque dans « la » santé mentale (Ehrenberg, 2005c). Outre la plus en plus incontournable intervention pharmacologique – laquelle permet bien souvent d'atténuer une symptomatologie qui empêcherait toute (ré)adaptation, mais sert aussi régulièrement à améliorer les performances et le « niveau de fonctionnement » –, ce nouveau champ multidisciplinaire recouvre aussi tout un ensemble de pratiques de « management thérapeutique » et psychologique (Otero, 2005a : 81) qui ont en commun de chercher à développer des *compétences*, des habiletés, un ensemble d'outils que les « clients » pourront mobiliser pour mieux « gérer » leur vie, c'est-à-dire pour mieux s'adapter à ces environnements instables – en crise permanente – que sont les espaces sociaux des sociétés capitalistes avancées (Otero, 2003a). Le mot d'ordre de la santé mentale, on le sait bien en travail social, c'est *l'empowerment* ; il s'agit de faire en sorte que les clients, en acquérant ces compétences, développent leur estime de soi et deviennent plus autonomes et responsables dans la libre entreprise de leur vie – c'est d'ailleurs seulement à cette condition, dit-on, qu'ils pourront s'accomplir, s'épanouir – bref, être *heureux*, et ce, même s'ils présentent un trouble mental sévère et persistant. Il en va d'ailleurs aujourd'hui de ces nouveaux « fous » comme de toutes les autres « personnes en difficulté » (cf. Ehrenberg, 2004a : 135), y compris ceux qu'une certaine psychanalyse avait pu qualifier à une autre époque de « normopathes » : chaque personne est amenée à « découvrir sa vérité », à connaître ses forces et ses faiblesses, de manière à mieux identifier ses aspirations et ses *besoins* – véritable clé de voûte et justification de toute intervention en santé mentale aujourd'hui –, mais on ne s'étonne même plus que ces supposés « vrais besoins » correspondent toujours en tout point aux attentes et exigences de l'environnement social et à la nouvelle normativité sociale qui lui donne sa consistance, avec ses valeurs d'initiative, d'autonomie, de participation, de productivité et de performance (Martuccelli, 2005 ; Otero, 2003a ; 2003b ; 2005a). Non seulement la santé mentale n'est pas à l'abri de cette nouvelle normativité sociale qui s'est consolidée dans les sociétés occidentales depuis les années 1980 et la crise (démantèlement) de l'État providence, mais on pourrait même considérer qu'elle en est au contraire à la fois le *produit* direct et l'une des plus puissantes caisses de résonance : à un moment où les institutions traditionnelles sont en crise, c'est en effet en grande partie aux psy-disciplines et à la santé mentale qu'il revient de relayer et diffuser ces nouvelles injonctions à l'adaptation et à l'autonomie (Otero, 2003a ; 2005a ; 2005b).

On comprend alors comment une certaine sociologie critique a pu en venir à considérer la santé mentale comme le masque – pour ainsi dire idéologique – d'un nouveau pouvoir, voire comme l'un des nouveaux

dispositifs disciplinaires de régulation, de gestion et de normalisation des conduites les plus importants, les plus subtils et (donc) les plus efficaces des sociétés démocratiques-libérales actuelles, œuvrant dans cette zone d'indiscernabilité entre *thérapeutique* (gestion de la souffrance) et *dressage* (production de comportements adaptés) (Ehrenberg, 2005b ; Ehrenberg et Lovell, 2001 ; Otero, 2003a ; 2005a ; 2005b).

Cette nouvelle normativité axée sur l'autonomie, l'initiative et la responsabilité individuelles joue certainement un rôle déterminant dans ce qui a été décrit précédemment comme la (bio)psychologisation du social, en ce sens où l'ensemble des problèmes jadis pensés sur un plan résolument social et politique – pauvreté, chômage, itinérance, délinquance, etc. – sont désormais redécrits dans ce langage de la souffrance psychique et de la vulnérabilité individuelle (déficit de compétences, handicap, problème d'adaptation, etc.), ce qui vient donc justifier une intervention en « santé mentale », laquelle renforce en retour la psychologisation (souffrance psychique et santé mentale fonctionnent de nos jours comme un couple idéologique indissociable) (Ehrenberg, 2005b ; 2005c ; Martuccelli, 2005 ; Otero, 2003b ; 2005a). D'où cette tendance lourde aujourd'hui à prendre les choses beaucoup plus « personnelles » (par exemple en termes de déficit de capacités), alors qu'elles ne sont pourtant pas « moins sociales, moins politiques ou moins institutionnelles » qu'avant – elles le sont seulement autrement : la norme sociale de l'individu autonome et responsable n'est pas moins une norme sociale parce qu'elle « autonomise » et « responsabilise » l'individu (Ehrenberg, 2005a). Cette confusion du social et du mental, mais aussi du politique et du psychique, peut aussi expliquer en grande partie pourquoi les interventions biopsychosociales contemporaines ne parviennent que rarement à problématiser radicalement cet environnement social auquel elles cherchent à mieux adapter leurs clients : c'est justement l'individu biopsychologique qui se voit surproblématisé – c'est lui le *problème* –, et jamais l'environnement social, si ce n'est que de manière euphémique et apolitique en tant que « réseau de soutien communautaire » (Ehrenberg, 2004a ; Otero, 2003a).

1.3 Vieux fous, nouveaux fous : figures contemporaines de la folie

Ce n'est donc pas un hasard si on l'impression de perdre de vue la folie au fil de son histoire : on pourrait certainement croire qu'elle n'existe plus tellement elle a été « avalée » dans la santé mentale, tellement elle n'est plus qu'un problème de santé mentale parmi beaucoup d'autres – et de fait, comment oserait-on encore parler de folie aujourd'hui ? En noyant la folie dans la santé mentale, dans la souffrance ordinaire de masse qui devient l'objet de prédilection de cette santé mentale, c'est aussi le fou – celui qu'on internait encore au siècle dernier – que l'on noie maintenant dans la masse des « personnes en

difficulté », souffrantes, anxieuses, malheureuses (Ehrenberg, 2004a). Dans le champ de la santé mentale, tout semble désormais une question de « degré » sur le grand continuum de l'adaptation et de l'autonomie, et l'on n'hésitera même plus à placer sur le même plan les psychoses les plus handicapantes et ces nouvelles « névroses » que sont les troubles anxio-dépressifs et autres problèmes d'adaptation (cf. Ehrenberg, 2005b). Ce n'est d'ailleurs plus une question de structure ou d'organisation psychiques, mais bien de comportements et de symptômes qui sont plus ou moins handicapants, qui altèrent de manière plus ou moins sévère et persistante le fonctionnement social de la personne. C'est pourquoi on croit parfois retrouver les folies d'hier dans cette nouvelle catégorie que sont les « troubles sévères et persistants », qu'on appelait il y a quelques décennies encore, prises dans le jeu des portes tournantes de la désinstitutionnalisation, les « maladies mentales chroniques ». Ces troubles étant désormais pensés d'emblée en termes de déficit fonctionnel et adaptatif (ce qui précisément en fera un « problème » ou pas), les personnes qui les présentent n'échappent donc pas elles non plus aux exigences d'autonomie, de responsabilité et de (ré)adaptation de la société contemporaine et relayées abondamment par la psychiatrie scientifique. Il est bien révolu, en effet, le temps des grandes utopies sociales de prise la charge – asilaire ou communautaire – de la folie : à l'heure du grand renversement et de la santé mentale positive, le fou ne doit pas plus *être* pris en charge, il doit lui-même *se* prendre en charge – en développant ses compétences d'adaptation, en apprenant à « gérer ses symptômes », etc. (cf. Martuccelli, 2005 : 56-7). Il n'y a sans doute pas meilleure manière de « prévenir le risque » que représentent les fous – que ce soit pour la société, pour autrui ou pour eux-mêmes – que de bien les socialiser et de développer leurs mécanismes d'adaptation à leur environnement social : c'est peut-être l'ultime « facteur de protection », et on pourra certainement y reconnaître la grande finalité de l'intervention en santé mentale.

La figure contemporaine de la folie comme problème de santé mentale – c'est-à-dire comme état mental qui *fait problème*, qui présente un risque – apparaît donc comme une sorte de visage à deux faces, et c'est sans grande surprise que l'on y retrouve la distinction multiséculaire que les sociétés libérales ont toujours maintenue – jusqu'à aujourd'hui – au moment de penser leurs systèmes de protection sociale, à savoir celle qui départage les « bons » pauvres (invalides ou méritants) des « mauvais » pauvres (valides, aptes au travail, donc non méritants). Une fois capturée dans la santé mentale et dans la normativité (néo)libérale, la folie vient en effet se dédoubler : il y aura, d'une part, la folie du « bon fou » – autonome, responsable, qui se prend en main, qui a un « projet de vie », qui travaille sur soi (ou mieux, travaille tout court), etc. ; et il y aura, d'autre part, cette folie du « mauvais fou » – mésadapté, dépendant, menaçant,

dérangeant, dangereux, réfractaire au traitement, etc. (cf. aussi Otero, 2003a). En somme, une folie docile, adaptable, et une folie insoumise, sauvage, peut-être inadaptable.

Cette ambivalence envers la folie n'est pas nouvelle : elle traverse en fait, on l'a vu, l'histoire moderne de la folie et de sa prise en charge – à la fois thérapeutique et répressive – dans les sociétés occidentales depuis le 17^e siècle (Otero, 2015). On a vu se dessiner à travers cette histoire plusieurs figures elles-mêmes ambiguës de la folie, qu'il est possible d'associer schématiquement aux grandes formes sociohistoriques de sa prise en charge : grand renfermement (maladie mentale), grand désenfermement (crise psychosociale), grand renversement (problème de santé mentale). Il est toutefois essentiel de voir que ces figures historiques, loin de s'exclure, loin même de simplement se succéder dans l'histoire, se superposent et se supposent au contraire les unes et les autres. Nous sommes à l'ère de la santé mentale et de l'*empowerment*, mais la folie n'en est pas moins encore – et peut-être plus que jamais – une *maladie* qui appelle un traitement scientifique, biomédical et pharmacologique ; nous sommes à l'ère de la santé mentale et de la gestion préventive du risque, mais la folie n'en est pas moins encore régulièrement *hospitalisée*, enfermée, confinée, parfois attachée (Action Autonomie, 2016) ; nous sommes à l'ère de la santé mentale et des lois P-38, mais la folie n'en est pas moins encore quotidiennement judiciaire, criminalisée, incarcérée ; bref, nous sommes certes à l'ère de la santé mentale et de son utopie hygiéniste et gestionnaire d'une « société sans inadaptation » (Otero, 2003a : 287-8, 298-300 ; 2005a : 86), mais les moyens employés pour la réaliser sont encore largement – et souvent paradoxalement – empruntés à l'utopie pharmaco-psycho-communautaire du désenfermement et, dans une moindre mesure – moindre mais non négligeable –, à celle, asilaire, du grand renfermement.

Ces grandes utopies et les figures sociohistoriques de la folie qu'elles dessinent, qui continuent donc à coexister plus ou moins harmonieusement dans nos sociétés, sont produites, on l'a vu, à l'intersection des discours sociaux qui prennent pour objet le fou et sa folie, ainsi qu'à travers les pratiques sociales qui sont mises en œuvre pour les prendre en charge. Dans les sociétés occidentales modernes, ce sont avant tout les discours et pratiques médico-psychiatriques et juridiques qui, ensemble, ont fourni le langage et les dispositifs pour définir, nommer, catégoriser, classer, coder, expliquer, traiter et ultimement discipliner les différentes formes de folie (Otero, 2015). Ce qu'est devenue « la » folie aujourd'hui, ce qu'elle devient encore actuellement dans nos sociétés, découle très largement et directement de ce que ces discours et pratiques en ont fait, de la manière dont ils l'ont définie. La question qui deviendra dès lors centrale pour la suite de cette recherche, c'est bien sûr celle de la présence et de l'importance de ces pratiques et

discours dans le champ spécifique du travail social. Question qui pourrait être formulée simplement : où et comment le travail social se situe-t-il et se positionne-t-il par rapport à ces pratiques et discours dominants, notamment lorsqu'il participe, par ses pratiques d'intervention, au traitement et à la prise en charge d'individus qui présentent des « problèmes de santé mentale » ?

1.4 Une cartographie sommaire du travail social en santé mentale

Il y a en fait ici deux questions connexes, qui sont pour ainsi dire l'envers l'une de l'autre, et ce sont précisément ces questions qu'il s'agira de développer afin de problématiser et préciser davantage l'objet de cette recherche. D'une part, il y a cette question qui était au départ de cette recherche : dans quelle mesure et sous quelles formes les discours, pratiques et dispositifs de la santé mentale sont-ils présents dans le travail social contemporain, et plus particulièrement dans le travail social *en santé mentale* ? Et il y a la question pour ainsi dire réciproque : quelle place et quel rôle spécifiques le travail social est-il appelé à jouer dans ce nouveau champ multidisciplinaire de la santé mentale dont on vient de tracer les contours et de retracer la genèse ?

Ces deux questions invitent donc à arpenter ce champ du travail social en santé mentale – qui est sinon l'objet de cette recherche, du moins le champ dans lequel il prend forme – pour en faire la cartographie, fut-elle sommaire, c'est-à-dire pour identifier et situer les principaux discours et pratiques qui le constituent. La carte proposée ici comporte trois grands axes ou dimensions, qui correspondent assez étroitement aux trois principales voies par lesquelles la « question mentale » (Ehrenberg, 2005a) a pénétré le champ du travail social dans les 40 dernières années. En effet, si la santé mentale occupe une place de plus en plus importante en travail social, c'est non seulement comme *domaine d'intervention* (celui du « travail social en santé mentale »), mais aussi comme *dimension* et *cible de l'intervention* (la santé mentale comme aspect à prendre en considération dans l'intervention, peu importe le domaine ou l'approche d'intervention) et, finalement, comme ensemble de *pratiques d'interventions* spécifiques. Enfin, à ces trois axes, il serait sans doute nécessaire d'en ajouter un quatrième, transversal, qui rendrait compte de la dimension *diachronique* ou généalogique de ce domaine d'intervention qu'est le travail social en santé mentale : s'il n'existait pas sous ce nom il y a encore quelques décennies, ce champ d'intervention a néanmoins une longue histoire, qui remonte aux origines mêmes du travail social.

C'est là sans doute le meilleur point de départ pour commencer à dresser cette carte à trois ou quatre dimensions. Car le travail social a en effet été pratiqué dans les trois grandes périodes de l'histoire

moderne de la folie décrites précédemment, de sorte que ses pratiques ont été et sont toujours aussi largement façonnées et structurées, jusqu'à aujourd'hui, par les grandes utopies (asilaire, communautaire, gestionnaire) qui ont marqué chacune de ses périodes. D'ailleurs, comme pour les différentes formes sociohistoriques de la prise en charge de la folie, qui se superposent et se supposent les unes et les autres plus qu'elles ne se succèdent, il est intéressant et important de remarquer que les pratiques du travail social caractéristiques de chaque période historique – ainsi que les contextes dans lesquelles elles ont été mises en œuvre – continuent à coexister aujourd'hui de manière relativement harmonieuse dans cette nébuleuse qu'on appelle maintenant le travail social en santé mentale, à savoir schématiquement : les pratiques intra-hospitalières selon le modèle du *casework* individuel ou familial, caractéristiques de la période asilaire ; les pratiques de suivi et de prise en charge ambulatoires ou communautaires dans le milieu naturel, axées sur la réinsertion sociale et caractéristiques de la période de désinstitutionnalisation ; enfin, les pratiques de prévention, de réadaptation et d'*empowerment* des individus et des communautés caractéristiques de l'intervention actuelle en santé mentale (ACTS, 2001 ; Bergeron-Leclerc et *al.*, 2019). Aussi une pratique particulière et concrète du travail social en santé mentale actuel – un point sur la carte – est-elle le plus souvent une espèce de recomposition de ces différentes pratiques historiques, qui pourront être pensées avant tout comme des *idéaltypes*. En ce sens, si l'on admet que l'histoire de la folie et de sa prise en charge est une histoire vivante et actuelle qui continue à animer et orienter de l'intérieur les pratiques et institutions sociales contemporaines, on pourra penser que le travail social a été – et est toujours – un témoin privilégié de cette histoire de la folie et de son actualité – d'autant plus privilégié peut-être qu'il a toujours été traversé par des tendances critiques qui le situent plus ou moins en décalage par rapport aux utopies et idéologies de référence.

Témoin d'autant plus privilégié, aussi, que le travail social est appelé depuis une cinquantaine d'années, au gré des politiques publiques et des nouvelles vagues de désinstitutionnalisation, à jouer un rôle toujours plus important dans les nouveaux dispositifs de prise en charge et de traitement des troubles de santé mentale graves, aux côtés bien sûr des autres « professionnels de la santé mentale » (Bergeron-Leclerc et *al.*, 2019). C'est aussi au cours de cette période – celle du « grand renversement » – qu'apparaît le terme aujourd'hui commun de « travail social en santé mentale », spécialité qui existait certes auparavant sous d'autres noms, dont « travail social en psychiatrie ». On voit toutefois aisément qu'il ne saurait y avoir d'équivalence entre le travail social en santé mentale actuel et son ou ses ancêtres, dans la mesure où leurs champs de pratique ne sont absolument pas coextensifs, celui du travail social en santé mentale étant évidemment beaucoup plus large, résultat de l'extension rapide du champ de la santé mentale, dans

les dernières décennies, à toutes sortes de problèmes légers et de difficultés psychosociales. Au fond, tous ces problèmes, grands ou petits, sévères ou légers, ne sont même plus les objets que d'un *certain* travail social en santé mentale, que l'on pourrait qualifier de *négatif*, et qui coexiste avec son pendant *positif*, c'est-à-dire dont les interventions ne visent pas tant à traiter ou gérer un trouble ou un problème, mais bien davantage à favoriser l'« épanouissement » de la personne, son *empowerment*, le développement de ses capacités d'adaptation, l'optimisation de son fonctionnement social et professionnel, bref, son « développement » personnel et son bien-être (Bellahsen, 2014 : chap. 8 ; Ehrenberg, 2005b ; 2004a ; Otero, 2003a). Or, on commence à l'entrevoir, et on pourra certainement s'en étonner, ce sont souvent aujourd'hui les mêmes pratiques biopsychosociales d'*empowerment* qui sont mobilisés dans les interventions *aussi bien positives que négatives* du travail social en santé mentale, y compris auprès des individus qui présentent les troubles les plus graves, persistants et handicapants.

En revanche, on ne s'étonnera pas que ce domaine d'intervention, celui de la santé mentale, soit de plus en plus important en travail social : il recouvre de plus en plus d'objets, de réalités, de problèmes, à un point tel où l'on pourrait penser que tout est maintenant affaire de santé mentale. Cet élargissement du champ du travail social en santé mentale – comme domaine d'intervention, qui déborde aujourd'hui largement les organisations et services spécialisés en santé mentale (Bergeron-Leclerc et al., 2019) – découle certainement aussi de celui de la santé mentale en général, qui fait en sorte que nous voyons maintenant des enjeux de santé mentale – comme dimension et cible de l'intervention – à peu près partout, de sorte que toute intervention du travail social, ou presque, peut désormais être considérée comme relevant, d'une façon ou d'une autre, de la santé mentale. C'est pourquoi, comme l'exprime si bien Ehrenberg (2004a : 134, 143), « on ne voit plus de quoi l'on parle, car la santé mentale parle de tout », le sociologue soulignant en outre que « non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale "à problèmes" (la délinquance adolescente, le chômage, [...], etc.) ne doit aujourd'hui être abordée sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale ». Voilà peut-être comment, depuis les années 1990, le « santé-mentalisme » (Bellahsen, 2014) a pu investir sinon « coloniser » tout un pan du travail social, et ce, dans tous ses domaines d'intervention, auprès de toutes ses « clientèles » traditionnelles, même celles qui ne présentent pas de troubles mentaux diagnostiqués. Il semble en effet indéniable que les discours et pratiques qui ont donné forme à ce qu'on appelle aujourd'hui la santé mentale – avec la nouvelle définition sociale de la folie et les utopies qu'ils véhiculent – ont pénétré en profondeur le champ du travail social en même temps qu'ils pénétraient la

société dans son ensemble et transformaient sa normativité (cf. *supra* : §1.2.3), donnant d'ailleurs naissance à cette nouvelle spécialité qu'est le travail social en santé mentale.

1.5 Le travail social, gardien du (fonctionnement) social ?

Dans ce contexte où les pratiques et discours psychologisants de la santé mentale occupent une place de plus en plus importante dans tous ses champs d'intervention, on pourra évidemment se demander quelle pourra être la *spécificité* d'un « travail social en santé mentale » – et en quoi il pourra se distinguer des autres « psy-disciplines » de la santé mentale. Cerner et réaffirmer cette spécificité semble de plus en plus nécessaire aujourd'hui, à un moment où les contextes organisationnels souvent multidisciplinaires de l'intervention en santé mentale – par exemple, celui des fameuses équipes de suivi dans le milieu (SIV ou SIM), qui constituent certainement l'un des principaux milieux de pratique actuels en santé mentale – amènent le travail social à tenir de nombreux rôles rigoureusement *non spécifiques* (tenus aussi bien – et parfois mieux... – par d'autres professions) (cf. ACTS, 2001). Réaffirmer cette spécificité est sans doute d'autant plus nécessaire, aussi, dans un champ de pratiques fortement marqué – et même *constitué* – par les discours médicaux, psychiatriques et psychologiques, le risque étant alors pour le travail social de se laisser définir – et de laisser définir ses *pratiques* – par les « autres » : ce n'est pas nouveau, la notion d'interdisciplinarité masque presque toujours, en santé mentale comme ailleurs, des rapports de pouvoir et de « colonisation » interprofessionnels dans lesquels est prise même – et peut-être surtout... – la profession qui veut se placer en position d'intermédiaire ou de médiatrice, comme c'est souvent le cas pour le travail social (cf. Bergeron-Leclerc *et al.*, 2019). Bref, que pourra-t-il rester (de propre) au travail social dans ce champ de la santé mentale ? La question se révèle particulièrement pertinente lorsqu'on constate sur le terrain que ce sont souvent aujourd'hui les mêmes approches théoriques et les mêmes techniques qui servent dans les interventions aussi bien (psycho)sociales que psychologiques en santé mentale (Otero, 2003a).

Bien sûr, la plupart des discours du travail social cherchent encore à circonscrire la spécificité de ses pratiques d'intervention en santé mentale dans ce *social* que l'on dit « travailler ». Avec raison, sans doute, et même si c'est d'une raison quelque peu tautologique. Car il faudrait encore interroger plus avant ces discours pour voir plus précisément de *quel social* ce travail social veut se faire le « gardien » en santé mentale (Bergeron-Leclerc *et al.*, 2019 : 3), pour voir si ce n'est pas justement un social déjà psychologisé et individualisé, c'est-à-dire, par exemple, réduit au « fonctionnement social » de la personne et donc à son « réseau de soutien » sociocommunautaire. D'un certain point de vue, c'est là l'une des principales

questions critiques que cette recherche voudrait poser au travail social en santé mentale. Question dont on gagnerait certainement à se ressaisir alors que le biopsychologisme ambiant tend à nier et refouler les dimensions sociale et politique aussi bien des troubles mentaux que de toutes sortes de difficultés psychosociales (cf. Ehrenberg, 2006 ; 2018). Si le trouble mental est strictement biopsychologique, en effet, quel rôle le travail social peut-il bien encore avoir à jouer, à part celui auquel on cherche souvent aujourd'hui à le cantonner – par exemple dans le projet de loi 21 (cf. Québec, 2009 : art. 4) – et qui consisterait simplement à « gérer » les conséquences sociales du trouble en contribuant à (ré)adapter au mieux la personne à son environnement social (travail, revenu, logement, etc.) ?

On ne saurait présumer que le travail social ne se fait le gardien que *d'un seul* social. Au contraire, tout porte à croire que le social qu'il travaille est multiple ou pluridimensionnel. Et peut-être bien naïvement, on voudra surtout croire que le travail social n'est pas entièrement condamné à travailler un social qui lui est imposé, comme ce (biopsycho)social de la santé mentale et de la psychiatrie. On voudra encore croire que le travail social peut donc définir par lui-même le social qu'il entend travailler et donc les pratiques qu'il mettra en œuvre – et qui tendent à définir en retour *ce qu'est le travail social* lui-même. Mieux, ce travail de résistance – car c'est bien ce dont il s'agit –, à savoir un travail d'élaboration de contre-discours et de donc de contre-pratiques pour le travail social en santé mentale, est déjà réalisé au moins partiellement à la fois dans les écoles de travail social et surtout dans une pluralité de lieux de pratique qui existent en périphérie du nouvel ordre de la santé mentale. C'est à certains de ces lieux marginaux que la présente recherche voudrait s'intéresser, pour aller voir précisément comment on s'efforce d'y déployer au quotidien tout un ensemble de pratiques qui pourraient contribuer à réinventer la manière dont on se rapporte collectivement aux différentes formes de folie et de déviance, ainsi qu'aux fous et folles qui les incarnent. Peut-être deviendra-t-il alors possible, à partir de ces expériences et de cette recherche, de commencer à envisager d'autres manières de faire et de penser pour le travail social en « santé mentale » – et bien que ces nouvelles pratiques sociales ne se laisseront peut-être plus classées et nommées aussi facilement. C'est là précisément ce que cette recherche dans le champ du travail social en santé mentale se donne pour tâche générale : expérimenter et commencer à penser une « autre » santé mentale dans laquelle les folles et les fous – mais aussi chacun de nous qui en sommes plus ou moins – pourront vivre leur(s) folie(s) autrement, et sûrement plus librement.

1.6 La psychothérapie institutionnelle : vers un autre « travail social » en santé mentale ?

Parmi ces espaces marginaux qui cherchent aujourd'hui non seulement à repenser la manière dont on se rapporte collectivement à la folie, mais aussi à permettre à cette folie de se redéployer et de se réinventer autrement, ceux créés par le mouvement français de la psychothérapie institutionnelle pourront sembler particulièrement prometteurs et intéressants, notamment pour un travail social qui voudrait justement tenter de « resocialiser » ce qui est souvent aujourd'hui le plus souvent psychologisé par les discours et pratiques de la santé mentale. Pour en venir à cerner la spécificité de cette approche et des pratiques qu'elle met en œuvre, ainsi que ses apports éventuels dans le champ du travail social, il est d'abord indispensable de comprendre le contexte historique dans lequel elle est apparue. Les débuts de la psychothérapie institutionnelle sont en effet étroitement liés à un événement sociohistorique précis qui survient pendant la Deuxième Guerre mondiale, événement qui a constitué un choc – voire un véritable *trauma* – pour les sociétés européennes et occidentales dans leur ensemble : *Shoah* – la catastrophe. Évidemment, ce n'est pas seulement la psychothérapie institutionnelle qui commence ainsi « avec » la Shoah, mais c'est peut-être aussi, plus généralement l'histoire contemporaine de la *folie* – qui sera « désenfermée » quelques années plus tard (cf. *supra* : §1.2.2) – et des sociétés occidentales dans leur ensemble.

Si l'on comprend aisément en quoi il est possible de voir dans la Shoah l'un des commencements de l'histoire des *sociétés* contemporaines et même de certaines de leurs « folies » – le génocide n'étant évidemment pas la moindre des folies humaines –, les raisons pour lesquelles on voudrait en faire l'un des commencements importants de l'histoire de *la* folie contemporaine – et donc peut-être de la santé mentale – ne sont peut-être pas aussi manifestes. En quoi la Shoah aurait-elle préparé l'émergence de nouvelles utopies concernant la folie et sa prise en charge ?

1.6.1 Un électrochoc pour la psychiatrie

Pour le comprendre, il faut sans doute commencer par rappeler que les « malades mentaux » comptent, après les Juifs, parmi les principales victimes de l'entreprise d'épuration ethnique et eugénique de l'Allemagne nazie, qui euthanasiera ou stérilisera des centaines de milliers d'entre eux dans les premières années de la Deuxième Guerre mondiale (cf. Dressen, 1989). Pendant ce temps, ailleurs en Occident, et notamment dans l'Europe et la France occupées, la situation n'est guère plus reluisante : les fous meurent littéralement de faim par dizaines de milliers dans des asiles surpeuplés et sous-approvisionnés (cf. par ex. : Von Bueltzingsloewen, 2007 ; Hochmann, 2017). En ce sens, et sans mauvais jeu de mots, la Shoah

constitue certainement un électrochoc pour la psychiatrie et les sociétés occidentales dans leur ensemble, qui se voient dès lors forcées de s'interroger sur le statut, le traitement et les conditions de vie qu'elles réservent aux « malades mentaux ».

Mais c'est peut-être encore plus radicalement que la Shoah constitue un véritable électrochoc pour la psychiatrie de l'époque, dans la mesure où la première vient se dresser devant la deuxième comme une sorte de miroir – et l'image qu'elle lui renvoie n'a évidemment rien de réjouissante (Hochmann, 2017 ; Bellahsen, 2014 ; Guattari, 2003). Les pratiques concentrationnaires, ségrégationnistes et violemment déshumanisantes mises en place par les nazis au nom de la science et de la médecine (cf. Schmidt, 2008) ne sont-elles pas en effet en tout point semblables à celles auxquelles s'adonne la psychiatrie asilaire, et qui plus est, là aussi, au nom d'une science et d'une médecine dont le dépositaire, le psychiatre, apparaît maintenant ni plus ni moins comme une sorte de *Lagerführer* (chef de camp) ? On pourrait ainsi réinterpréter au moins en partie le « grand désenfermement » des années 1960 à la lumière de la Shoah, laquelle est donc venue mettre au grand jour plusieurs zones d'ombre de l'asile et la psychiatrie.

Il ne faut d'ailleurs pas attendre la fin de la guerre ni même les grandes critiques sociologiques et philosophiques des années 1960 et 1970 – qui ne feront qu'accélérer et radicaliser un processus déjà entamé – pour qu'une certaine psychiatrie progressiste et parfois révolutionnaire entreprenne une remise en question profonde des pratiques de prise en charge de la folie. Et c'est précisément dans ce contexte, et de ce travail de remise en question, que naîtra le mouvement de ce qu'on appellera – à partir des années 1950 – la *psychothérapie institutionnelle*. D'abord développées par des « psychiatres déconcentrationnaires » (Bellahsen, 2014 : 32) liés aux réseaux de la Résistance française et proches d'une certaine avant-garde intellectuelle et révolutionnaire – marxisante, libertaire ou surréaliste –, les pratiques qui annoncent la psychothérapie institutionnelle commencent en effet à être conçues, théorisées et mises en œuvre dès avant la fin de la guerre dans certains hôpitaux français, dont celui de Saint-Alban, dans le sud de la France (Lozère), souvent considéré comme le berceau du mouvement (cf. Guattari, 2003). Et si elle a effectivement été conçue par ses principaux initiateurs – dont le psychiatre catalan François Tosquelles (1992), réfugié à Saint-Alban pendant la guerre d'Espagne – en réaction au *trauma* qu'ont constitué les camps de concentration de la Shoah, la psychothérapie institutionnelle deviendra aussi beaucoup plus qu'une simple (alter)psychiatrie déconcentrationnaire. En quoi consiste donc cette psychothérapie institutionnelle qui se développe d'abord à Saint-Alban, mais aussi, bientôt, dans plusieurs cliniques françaises de l'après-guerre ?

1.6.2 La trahison des mots (ceci n'est pas une psychothérapie)

La meilleure manière de circonscrire, dans une première approche, ce qu'est la psychothérapie institutionnelle, c'est peut-être d'identifier d'abord *ce qu'elle n'est pas*. Et il faudrait alors commencer par dire l'essentiel : la psychothérapie institutionnelle, *ce n'est pas de la psychothérapie*. S'il est évidemment possible de voir là une simple boutade, notamment en référence à loi 21 – car il n'est pas du tout évident en effet que la psychothérapie institutionnelle puisse être reconnue comme de la psychothérapie au sens de la loi –, la boutade permet néanmoins d'insister sur un fait important : la psychothérapie institutionnelle qui se développe à partir des années 1940 et 1950 en France n'a en effet à peu près rien à voir avec la psychothérapie telle qu'elle est conçue et pratiquée couramment aujourd'hui – à savoir une intervention le plus souvent individuelle, mais qui peut aussi être réalisée en groupe, visant le « traitement psychologique » d'un trouble mental, de « perturbations comportementales » ou de « tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique » (Québec, 2009 : chap. VI.1, art. 187.1). Pourquoi alors avoir néanmoins décidé de parler de psychothérapie, et ce, dès le départ ? Les raisons deviendront vite évidentes, mais on peut déjà souligner que, s'il ne s'agit pas de psychothérapie à proprement parler – un peu comme d'autres insistent encore aujourd'hui pour dire que la *psychanalyse* n'est pas, elle non plus, de la psychothérapie (cf. par ex. : Aisenstein, 2007 ; Diener, 2011 ; Sauret, 2008) –, la psychothérapie institutionnelle porte malgré tout bien son nom notamment en raison des *effets* dits *psychothérapiques* qu'elle cherche à produire chez les sujets – ce sera même l'une de ses principales finalités –, mais qu'il faudra distinguer radicalement, dans la suite, de ceux que cherchent à produire les psychothérapies « traditionnelles ».

La psychothérapie institutionnelle n'est pas de la psychothérapie – aussi préférera-t-on parfois parler, comme Félix Guattari (2003), d'*analyse* institutionnelle –, mais il serait tout à fait possible de prolonger la boutade en ajoutant : la psychothérapie institutionnelle *n'est pas non plus institutionnelle*. En tout cas, elle ne l'est manifestement pas au sens où l'on parle aujourd'hui, au Québec, de pratiques ou de milieux institutionnels (en référence aux institutions publiques telles que les hôpitaux, CLSC, centres jeunesse, écoles, etc.), notamment en travail social, et le plus souvent par opposition aux pratiques et milieux communautaires. Elle ne l'est pas vraiment non plus au sens de l'institutionnalisation et de la désinstitutionnalisation de la folie, expressions qui renvoient avant tout à la prise en charge de la folie par le dispositif asilaire (ou hospitalier, le cas échéant) à partir du 17^e siècle, qui est précisément ce à quoi la psychothérapie institutionnelle va s'opposer vigoureusement au départ (au point peut-être de se définir en partie par rapport à lui...). En ce sens, la psychothérapie institutionnelle ne propose certainement pas

de « réinstitutionnaliser » la folie (elle ne se pratique d'ailleurs pas, le plus souvent, dans des hôpitaux traditionnels) ; on verra plus loin qu'elle considère en fait comme de *faux dilemmes* ces grandes oppositions historiques de l'institutionnalisation et de la désinstitutionnalisation, de la psychiatrie et de l'antipsychiatrie – et bientôt de la maladie mentale et de la santé mentale...

1.6.3 L'institution paradoxale (géopolitique de la folie)

La psychothérapie institutionnelle n'est pas de la psychothérapie, et même si c'en était, elle ne serait pas non plus « institutionnelle » : on voit donc que la boutade permet d'éviter d'entrée de jeu plusieurs malentendus. Restera alors bien sûr à s'entendre : quelle est donc cette *institution paradoxale* à laquelle renvoie l'appellation de psychothérapie institutionnelle ? Dans une première approche, et donc de manière encore schématique, il serait possible de la concevoir simplement comme le *milieu social – et donc symbolique – structuré et conçu spécifiquement pour accueillir et soigner la folie*. Or, ce sera là précisément le « mot de passe » révolutionnaire de la psychothérapie institutionnelle des années 1950 : *c'est d'abord et avant tout ce milieu social et symbolique (l'institution de soin elle-même) qu'il s'agira de soigner et d'« analyser »* – au sens à la fois psychanalytique et sociologique du terme – pour pouvoir espérer soigner la folie, car il serait absurde de prétendre soigner la folie si l'institution de soin est elle-même malade (Tosquelles, 2003 ; 2016 ; cf. aussi Guattari, 2003). Autrement dit, l'« objet » de soin de la psychothérapie institutionnelle, c'est d'abord l'institution elle-même en tant qu'espace social, ce collectif composé de soignants et de soignés, ainsi que le réseau de relations humaines et symboliques que celui-ci met en mouvement. Considérer cette institution comme un « objet », fut-il de soin, se révélera toutefois problématique tant elle deviendra pour la psychothérapie institutionnelle un véritable *sujet* – encore là aux sens psychanalytique et sociologique – faisant partie intégrante du traitement de la folie qu'elle préconise, Guattari (2003) allant jusqu'à parler, à cet égard, de « groupe-sujet » (cf. aussi Deleuze, 2003).

On comprend mieux pourquoi plusieurs résisteront à y voir de la psychothérapie – même si des psychothérapies (et des psychanalyses) sont effectivement pratiquées dans ces institutions –, la psychothérapie institutionnelle consistant bien davantage en un « travail » du social et du collectif, un travail « par le milieu » qui a par ailleurs des *effets* à la fois socio- et psycho-thérapeutiques. Et c'est notamment en cela qu'elle pourra se révéler riche d'enseignements pour un travail *social* en santé mentale qui chercherait précisément à resocialiser et repolitiser ce qui est le plus souvent aujourd'hui psychologisé et individualisé. D'autant plus riche d'enseignements que ce « social » qu'elle entend travailler ne se réduit aucunement à l'institution elle-même ou à ce que l'antipsychiatrie anglaise appellera la « communauté

thérapeutique » (Cooper, 1978 ; Laing, 1967 ; 1983 ; cf. aussi Lecomte et Tourigny, 1983) – comme si celle-ci pouvait vraiment être isolée du reste de la société dans laquelle elle s’inscrit. Au contraire, le social que la psychothérapie institutionnelle placera au cœur de ses analyses, de son travail et de ses pratiques, c’est celui de la société dans son ensemble – voire *des* sociétés « mondiales » (Fourquet, 2007 ; Guattari, 2003) –, dont les structures, les processus, les discours et les dynamiques (et notamment les relations de pouvoir) sont régulièrement reproduits et reconduits à tous les niveaux, à toutes les « strates » de la société, et donc également à l’intérieur de chacune de ses grandes institutions – dont les institutions de soin –, pour ensuite être « intériorisés » par les sujets (ou plutôt pour les *constituer comme sujets*) (cf. aussi *infra* : §2) . Ce geste théorique décisif pour la psychothérapie institutionnelle – dans lequel on pourra reconnaître un aspect essentiel du concept de *transversalité* (Guattari, 2003) – n’est donc pas sans permettre en effet de réinscrire la question de la folie – et plus généralement de la subjectivité, folle ou non – au cœur du social et des luttes politiques qui l’animent. Guattari fera d’ailleurs remarquer à cet égard que les « problèmes » rencontrés sur un plan résolument *clinique* dans la folie – et ses différentes formes de subjectivité –, ce sont au fond les « mêmes » problèmes (transversaux) que l’on rencontre sur un plan *politique* dans la société – et ses modes d’organisation et de production : ce sont avant tout des problèmes *sociaux*, institutionnels, voire (géo)politiques (cf. aussi Deleuze et Guattari, 1972). Thèse audacieuse de la psychothérapie institutionnelle, laquelle ne se conçoit donc d’emblée, et par définition, qu’en tant que *travail social* (et politique).

1.6.4 La « machine à traiter l’aliénation »

Ce qui ne veut pas dire que son travail ne sera *que* social et politique. La psychothérapie institutionnelle reconnaît certes dans la folie une aliénation sociale (aux sens à la fois marxien et antipsychiatrique) et une aliénation institutionnelle (Goffman, 1968), le fou étant étranger à lui-même *notamment* parce qu’il est rendu étranger à la société dans laquelle il vit, par le biais de ses institutions (comme l’asile) et de ses discours (comme celui de la psychiatrie) qui tendent à en faire un « Autre » qu’on semble devoir nécessairement exclure, enfermer ou discipliner. Mais ce n’est là qu’une dimension (sans doute essentielle) de la folie au sens où la conçoit la psychothérapie institutionnelle, qui a toujours insisté aussi sur la nécessité de reconnaître l’autre grande dimension ontologique de la folie – qui apparaît au grand jour dans la psychose (Freud, 2004 ; Lacan, 1981) –, ce qu’elle appellera parfois l’« aliénation fondamentale » (Oury, 1992), et qui renvoie bien davantage à la structure *existentielle et psychique* même de l’humain en tant qu’il est un *être parlant*, ou « parlêtre » (Lacan, 1975b), c’est-à-dire un être appelé à s’inscrire dans l’ordre symbolique du langage et de la culture (la psychose est précisément conçue, dans cette perspective

psychanalytique, comme l'échec, le ratage de cette inscription dans l'ordre symbolique). On remarquera déjà que ces deux dimensions ne s'excluent pas, mais qu'elles sont au contraire indissociables – comme les deux faces d'une même pièce, d'une même aliénation –, qu'elles s'appellent et se répondent et se relancent au point parfois de se confondre, l'ordre socio-symbolique étant précisément ce dont le fou se voit exclu, aussi bien au plan social qu'au plan psychique.

La folie de la psychothérapie institutionnelle, ce sera donc un tissage, un nouage complexe de processus sociaux, institutionnels et psychiques, mais dont la trame (trouée dans la psychose) est symbolique – faite de mots, de signifiants, de discours – et donc *sociale*. Si la psychothérapie institutionnelle reconnaît bien avec Foucault (1994) et l'antipsychiatrie que « la folie n'existe qu'en société » (Basaglia, 2007), elle ne considère toutefois pas, comme la plupart des antipsychiatries, que ce sont la société et ses institutions qui *causent* (à elles seules) la folie : il y aurait, dans cette perspective, une sorte de *substrat fondamental* et existentiel dans la folie qui existerait avant toute prise en charge socio-institutionnelle, laquelle ne viendrait au fond que « suraliéner » le sujet (Hochmann, 2017 ; cf. aussi Deleuze, 2003). Il faudra évidemment voir dans cette thèse un refus des réductionnismes, c'est-à-dire aussi bien du sociologisme de l'antipsychiatrie que du (bio)psychologisme de la psychiatrie et des psy-disciplines (y compris d'une certaine psychanalyse orthodoxe). La psychothérapie institutionnelle insiste plutôt pour *dialectiser* cette opposition simpliste, ou encore pour *travailler et exploiter cette tension paradoxale entre les déterminations sociologiques et biopsychologiques de la folie*. Elle fera d'ailleurs de même avec les grandes solutions sociohistoriques et utopiques qui ont été proposées au problème de la folie, celle du renfermement (utopie asilaire) et celle du désenfermement (utopie communautaire), tout en refusant bien sûr de voir dans le grand renversement des années 1980 – et la nouvelle utopie de la santé mentale – la résolution dialectique attendue (cf. Oury, 2014a).

Il ne sera toutefois pas sans intérêt de s'interroger, dans une perspective critique, sur la présence de certains éléments ou aspects de cette utopie de la santé mentale – énoncés, valeurs, normes, pratiques, etc. – dans la psychothérapie institutionnelle telle qu'elle s'est développée dans la deuxième moitié du 20^e siècle, par exemple dans certaines valeurs qui orientent sa clinique comme celles d'initiative, de participation et de responsabilisation. En ce sens, il semble indéniable que la psychothérapie institutionnelle ait joué un certain rôle, comme d'ailleurs les antipsychiatries et la « psychiatrie de secteur » auxquelles son histoire est étroitement liée (Henckes, 2015 ; Murard, 1975), dans la montée tous azimuts de la nouvelle (psy-)discipline de la santé mentale à partir des années 1980, ne serait-ce qu'en

ayant milité activement dès le départ pour la sortie et l'expansion de la psychiatrie hors de l'asile et de l'hôpital, et ce, au nom justement d'une « santé mentale » universelle et préventive (Bellahsen, 2014 : chap. 2-3 ; Hochmann, 2017). On pourra ainsi penser que certaines valeurs de la psychothérapie institutionnelle et de l'antipsychiatrie – comme celle de la santé mentale qu'elles ont contribué à populariser – ont ensuite été appropriées, « recyclées » et réinterprétées par la nouvelle utopie gestionnaire et libérale de la santé mentale adaptative, se voyant dès lors profondément dénaturées et déformées quant à leur sens (cf. aussi Guattari, 2003). C'est du moins l'hypothèse qui sous-tendra cette critique et qu'il s'agira donc d'interroger et d'analyser dans la suite.

En soutenant à l'encontre de l'antipsychiatrie que la folie ne se réduit pas à la seule aliénation sociale, puis en rejetant comme un faux dilemme dangereux l'alternative politique de l'après-guerre entre enfermement et désenfermement, la psychothérapie institutionnelle vient aussi poser un geste théorique et pratique fondateur qui lui permettra de se positionner et de se distinguer dans le champ de plus en plus hétérogène de la prise en charge de la folie et bientôt de la santé mentale. En un mot, elle réaffirme la nécessité non seulement d'une *clinique* pour traiter et soigner la folie (puisque la solution ne saurait être *que* sociopolitique), mais donc aussi d'*institutions*, c'est-à-dire de lieux, d'espaces sociaux spécifiques où la folie pourra être accueillie, soignée, traitée. Le pari de la psychothérapie institutionnelle, on l'a compris, c'est que l'institution de soin n'est pas *en soi* répressive, aliénante et normalisante, qu'elle peut donc être radicalement repensée et transformée dans une perspective de (double) *désaliénation*, à la fois sociale et psychique, à condition justement qu'elle devienne elle-même le sujet d'une réelle « autoanalyse » continue qui cherchera à expliciter tout ce qui se joue plus ou moins inconsciemment dans ses pratiques (Bellahsen, 2014 ; Guattari, 2003 ; Mornet, 2007).

La préoccupation centrale et constante de la psychothérapie institutionnelle, sa finalité, est au fond d'ordre *éthique* (cf. Cano, 2008) : elle consiste à faire réadvenir un *sujet* de la folie par-delà les assujettissements identitaires auxquels elle est soumise dans nos sociétés (entre la fatalité de la maladie mentale et l'impératif adaptatif de la santé mentale). Ce n'est donc pas tout de faire tomber les murs physiques de l'asile et de vouloir humaniser le traitement de la folie, comme on le fait à Saint-Alban pendant la guerre, mais il faudra aussi maintenant – tâche beaucoup plus délicate – chercher à dé(cons)truire l'asile qui subsiste *dans les têtes* aussi bien des soignants que des soignés (Hochmann, 2017), de manière à pouvoir reconstruire la relation sociosymbolique qui lie chaque sujet à l'Autre, à la société, mais donc aussi à lui-même et à son monde – précisément ce qui est rompu dans la psychose (Apollon,

1990 ; Bellahsen, 2014). C'est à l'institution, au collectif, dont on a pu dire en référence à Lacan (1966a) qu'ils sont « structurés comme un langage », que revient cette tâche de symbolisation. L'institution de la psychothérapie institutionnelle sera donc pensée comme une véritable « machine à traiter l'aliénation » (Oury et *al.*, 1985), la *double* aliénation qui constitue le fond ontologique de toute folie.

1.6.5 Des piliers et des chaînes

François Tosquelles – prononcé « Toss-ké-yèss » –, souvent considéré comme l'inventeur de la psychothérapie institutionnelle, aimait dire que le mouvement qu'il a créé ne pourrait avancer qu'en marchant sur ses « deux jambes », indispensables selon lui pour parvenir à penser la double aliénation de la folie, à savoir : Freud et Marx. Ce qui ne veut absolument pas dire que la psychothérapie institutionnelle se réduit à un simple freudo-marxisme – en vogue dans les milieux intellectuels d'avant-garde jusque dans les années 1970 –, car elle puisera finalement bien davantage, au fil des décennies, dans les diverses reformulations critiques et parfois radicales des pensées freudienne et marxienne qui seront réalisées dans la France de l'après-guerre, par exemple chez Lacan (1966b), Althusser (2005), Deleuze et Guattari (1972), mais aussi plus subtilement chez Foucault (2001a). Reste que c'est aussi à ces « piliers » théoriques ayant rendu possible la construction de la psychothérapie institutionnelle qu'il faudra s'intéresser dans la suite, ne serait-ce que pour montrer en quoi ils ont pu se révéler pertinents pour repenser la folie et son traitement : Marx (2007), d'une part, entre autres avec ses concepts d'aliénation, de division du travail et de lutte de classes, amènera notamment la psychothérapie institutionnelle à remettre en question les divisions sociales hiérarchiques et aliénantes constamment reproduites dans les institutions de soin – entre soignants et soignés (où l'on verra des dominants et dominés), certes, mais aussi entre soignants eux-mêmes –, divisions qui ne sont jamais sans produire d'importants effets cliniques dans le traitement de la folie¹ ; Freud (2011 ; 2013a), d'autre part, avec des concepts théoriques et cliniques comme celui d'inconscient, bien sûr, mais aussi et surtout de *transfert*, offrira à la psychothérapie institutionnelle les fondements pour développer une clinique de la resubjection du sujet psychotique se fondant

¹ On y verra certainement une piste prometteuse pour problématiser les hiérarchies professionnelles dans le champ de la santé mentale (cf. *supra* : §1.5), la psychothérapie institutionnelle ayant toujours insisté pour aplanir les relations interprofessionnelles au sein de l'institution de soin, notamment en attribuant aux infirmiers des rôles – comme la psychothérapie – alors souvent réservés, dans les institutions, aux psychanalystes, psychologues et psychiatres. Jean Oury (2001 : chap. III), entre autres, critiquera durement cette division du travail de soin en rappelant que « les infirmiers ne sont pas plus cons que les psychanalystes » (cf. Faugeras, 2015), ce qu'il serait certainement possible de traduire aujourd'hui, et pour les fins de la présente recherche, en disant qu'au fond, « les travailleuses sociales ne sont pas plus connes que les psychologues ou les psychiatres » (cf. aussi Bellahsen, 2014 ; Guattari, 2003 ; Hochmann, 2017).

notamment sur un travail de symbolisation et sur une éthique du désir et de la singularité (cf. aussi Bellahsen, 2014 ; Hochmann, 2017). Bien entendu, à partir de ces piliers et de l'interprétation qu'en a fait la pensée critique française de la deuxième moitié du 20^e siècle, la psychothérapie institutionnelle en viendra à développer son propre appareil théorique – avec des concepts comme ceux d'institution, de collectif, de groupe-sujet, d'ambiance, etc. –, son propre dispositif clinique – avec le club thérapeutique, les réunions quotidiennes, les ateliers, etc. – qui n'a évidemment plus rien à voir, on le verra, avec le dispositif classique de la psychanalyse qui tournait autour du divan poussiéreux (s'il y a encore un « divan » dans la psychothérapie institutionnelle, c'est d'abord l'institution elle-même qui est invitée à s'y étendre). Cet appareil théorique et ce dispositif clinique sont d'ailleurs toujours en (re)construction aujourd'hui dans les lieux où elle est pratiquée, les principaux penseurs de la psychothérapie institutionnelle – Tosquelles, Oury, Guattari, etc. – ayant toujours insisté pour les garder en mouvement par un travail de création conceptuelle et de réinvention clinique permanent, indispensable selon eux pour atteindre leur grande finalité : retirer les chaînes dans lesquelles la folie se voit encore liée – celles que Pinel et ses successeurs n'ont pas su retirer –, à savoir les chaînes *psychiques* – signifiantes et symboliques –, de manière à permettre à cette folie d'exister autrement, dans de nouvelles formes de vie (Bellahsen, 2014).

C'est à ce travail de création que cette recherche voudrait contribuer modestement en interrogeant certaines formes contemporaines que prend la psychothérapie institutionnelle, afin de dégager leur pertinence dans le champ de la santé mentale et du travail social. D'où les questions qui animeront l'ensemble de cette recherche :

- *Quelle est la spécificité de la psychothérapie institutionnelle dans le champ contemporain de la santé mentale (ou de la prise en charge de la folie) ?*
- *Quels sont les apports théoriques, critiques et cliniques potentiels de la psychothérapie institutionnelle dans le champ du travail social en santé mentale ?*
- *Quels sont les obstacles et les limites que rencontrerait un travail social qui chercherait à mobiliser les principes, concepts, techniques et dispositifs de la psychothérapie institutionnelle dans ses pratiques d'intervention en santé mentale ?*

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

SUJET, DISCOURS, ORDRE

Afin de pouvoir examiner ces questions, cette recherche s'appuiera sur un appareil conceptuel devant permettre de (re)penser rigoureusement et radicalement à la fois la folie et sa « prise en charge » dans nos sociétés. Cet appareil conceptuel, déjà largement apparent dans la façon dont a été problématisé l'objet de la présente recherche, c'est bien sûr celui développé par le philosophe français de l'histoire de la folie, ce mystérieux historien qui voulait concevoir la philosophie comme un travail de « diagnostic du présent » et de « vigile » devant « guetter le jour qui vient » : Michel Foucault (1977 ; 2001c ; 2001d). *L'Histoire de la folie* ne saurait toutefois fournir à elle seule des concepts suffisants pour traiter les questions de la présente recherche, dans la mesure où l'appareil conceptuel foucauldien était à cette époque en pleine gestation et qu'il connaîtra plusieurs remaniements majeurs dans les années et les décennies suivant la publication de ce qui était sa thèse de doctorat, présentée en 1961. C'est donc surtout sur ses travaux subséquents qu'il s'agira de s'appuyer ici pour penser la folie, ce qui se révélera d'autant plus pertinent dans le cadre de cette recherche que la psychothérapie institutionnelle a été développée à la même époque où Foucault réalisait ses recherches – de 1960 à 1984 –, et, qui plus est, dans un dialogue continu avec sa pensée.

2.1 Le sujet paradoxal

Il pourra sembler paradoxal, pour un projet de recherche qui cherche à penser la « resocialisation » et la « repolitisation » à la fois de la folie et du travail social, de vouloir partir de ce qui est le plus souvent considéré comme *le moins* social et *le moins* politique, mais aussi comme le plus intime et le plus privé, de ce qui serait pour ainsi dire à l'abri du social, et qu'on a même cherché à opposer à la société – c'est tout le projet du libéralisme –, à savoir : *le sujet et sa subjectivité*. Il serait évidemment assez facile de contourner ce paradoxe, ou de montrer d'entrée de jeu qu'il n'est qu'apparent – le sujet étant toujours et déjà social – et donc de le « dissoudre », mais ce serait sûrement là se priver de ce que ce paradoxe peut avoir de productif, de ce qu'il a manifestement eu de productif dans la pensée même de Foucault – on pourra y voir l'un des moteurs de sa philosophie –, lui qui a pu dire rétrospectivement que l'ensemble de son œuvre a été consacrée « à étudier la manière dont un être humain se transforme en sujet » (Foucault, 2001e : 1041-2).

Paradoxe potentiellement productif pour la présente recherche en travail social, car il n’y a peut-être pas meilleur moyen de resocialiser ce qui est aujourd’hui individualisé et psychologisé que de (re)partir de l’individu lui-même et de ce qui fait son individualité propre – ce que la tradition occidentale a justement nommé la subjectivité. Le produit de ce paradoxe sera alors un *sujet paradoxal*, sans doute dans tous les sens du terme, mais d’abord au sens premier et étymologique de ce qui va à l’encontre (*para*) de l’opinion (*doxa*) courante et dominante, du sens commun (de la même façon qu’il a été question de l’*institution paradoxale* de la psychothérapie institutionnelle, qui, ce n’est sûrement pas un hasard, sera précisément conçue comme un *sujet*).

La question du sujet est un problème philosophique complexe qui traverse l’histoire de la philosophie occidentale et qui fait toujours débat aujourd’hui, notamment dans le sillage des travaux de Foucault. Il ne s’agit évidemment pas ici de refaire l’histoire de ce problème, qui déborde le champ de la présente recherche, mais il est cependant important de remarquer que la conception courante et plus ou moins spontanée que nous nous avons aujourd’hui du sujet ou de l’individu – ce qu’on appelle donc la *doxa* du sujet – est un produit de cette histoire de la pensée, de la philosophie et des sciences modernes, que l’on fait traditionnellement commencer avec le geste cartésien du *cogito* (*je pense donc je suis*). Si ce geste se révèle si décisif dans l’histoire de l’individu occidental et de sa subjectivité, c’est bien sûr parce qu’il fait de lui, du sujet pensant rationnel, un fondement non seulement de la connaissance et de la science, mais aussi de la réalité et de l’être lui-même – jetant ainsi les bases de la grande entreprise rationaliste et humaniste qui allait être parachevée dans les siècles suivants. Et il est intéressant pour la présente recherche de souligner que, suivant l’analyse que Foucault (1972 : 67-70) en fait, ce geste fondateur de la modernité n’est accompli qu’en « déjouant » et même en *excluant la folie* – celle que représente la figure cartésienne du « malin génie » –, de sorte que Foucault pourra affirmer que le rationalisme et la science modernes reposent à leur fondement même sur un geste d’exclusion, qui ne serait pas étranger selon lui au « grand renfermement » qui survient à la même époque (cf. *supra* : §1.2.1). Il est déjà possible de fermer cette parenthèse philosophique, qui suffit pour faire apparaître les origines et les fondements – rationalistes et humanistes –, ainsi que les principaux attributs du sujet moderne tel qu’on le conçoit encore largement et couramment aujourd’hui dans les sociétés contemporaines. Et c’est précisément cette *doxa* humaniste et libérale, celle d’un sujet humain universel, rationnel, autonome et libre, que Foucault (1966) remettra en question et critiquera tout au long de son œuvre, allant même jusqu’à annoncer dans des pages célèbres – mais scandaleuses et impardonnables pour plusieurs – « la mort de

l'Homme », c'est-à-dire justement de cette figure moderne du sujet humain telle qu'a été inventée par la philosophie et les sciences depuis Descartes.

Le sujet tel que le pense Foucault dès les années 1960 est donc « paradoxal » en ce sens qu'il va à l'encontre de la *doxa* dominante et même d'une certaine ortho-*doxa* intellectuelle. Pour comprendre ce paradoxe foucaultien dans sa portée non seulement épistémologique, mais aussi politique, il est sans doute nécessaire de se donner une première définition à la fois générale et minimale de la subjectivité qui pourrait valoir de manière transversale pour les différentes figures historiques et philosophiques du sujet – antique, chrétienne, moderne, etc. –, et donc également pour celle que Foucault en vient à dessiner par son paradoxe. Au fond, qu'est-ce que la subjectivité ? Dans ses dernières recherches sur l'histoire de la sexualité qui prendront pour thème explicite le sujet et l'éthique, Foucault (2013b) trouvera chez les Grecs cette définition minimale – mais extrêmement féconde – de la subjectivité : être sujet, c'est *d'abord* être dans un certain *rapport de soi à soi*. La définition pourra sembler trop minimale et donc insuffisante, d'autant plus qu'elle semble déjà enfermer le sujet dans une forme de solipsisme (entre soi et soi) semblable à celui que l'on a reproché à Descartes et à son cogito (pris entre son *je pense* et son *je suis*). Or, chez les Grecs – et chez Foucault ensuite –, il n'en est rien : le rapport de soi à soi qui constitue *d'abord* la subjectivité n'est pas soliptique, mais c'est seulement la condition éthique (et éventuellement épistémique) dans laquelle s'établit tout rapport de soi à *l'autre* et *au monde*. Autrement dit, c'est toujours et seulement en étant dans un rapport déterminé de soi à soi qu'on entre en rapport aux autres, mais aussi à aux objets et au monde ; en retour, le rapport à l'autre apparaît déjà chez les Grecs comme la condition ontologique dans laquelle se constitue ce rapport de soi à soi, c'est-à-dire la subjectivité du sujet (cf. aussi Deleuze, 2004).

Ce rapport de soi à soi prendra une pluralité de formes dans l'histoire des sociétés occidentales, déterminant autant de manières différentes de faire et vivre l'« expérience de soi », mais donc aussi autant de manières de ressentir, de percevoir, de penser, d'agir et d'interagir, etc. – bref : d'être sujet. Et c'est cette histoire des différents « modes de subjectivation de l'être humain dans notre culture » occidentale que Foucault (2001e : 1041-2) dit avoir voulu retracer tout au long de son œuvre, de manière à pouvoir jeter un nouveau regard sur les formes modernes et contemporaines de subjectivation – c'est-à-dire sur ce que nous sommes et ce qui nous constitue aujourd'hui en tant que sujets ayant un rapport déterminé et particulier de soi à soi, aux autres et au monde.

On comprend déjà que Foucault (2001f) considère que le rapport de soi à soi a été largement déterminé dans la Modernité comme *connaissance* (rationnelle) de soi : ce serait là l'un des principaux modes de subjectivation de l'individu moderne. Mais, ce faisant, Foucault montre aussi et surtout que cette modalité particulière du rapport de soi à soi ne va pas « de soi », qu'elle n'est ni naturelle ni nécessaire, qu'elle n'est pas inscrite dans une quelconque « nature humaine », mais qu'elle est au contraire historiquement et socialement déterminée. En effet, le rapport de soi à soi a déjà été autre dans le passé – aussi Foucault (2001f ; 2013c) trouve-t-il par exemple chez les Grecs un tout autre mode de subjectivation : le *souci de soi* –, mais il est aussi susceptible de *se transformer* et de devenir autre dans un avenir plus ou moins proche. Foucault (1966) repérait d'ailleurs déjà, dès le début de son œuvre, les signes précurseurs d'une mutation des formes de subjectivité dans les sociétés occidentales – précisément ce qui l'amenait à annoncer la « mort de l'Homme ». Un « nouveau sujet », donc, irréductible à la rationalité et à la conscience, avec un tout nouveau rapport de soi à soi irréductible à la connaissance, serait déjà en train de se constituer dans les marges des sociétés occidentales. Et c'est la figure de ce nouveau sujet paradoxal qui se dessine en creux dans l'œuvre de Foucault, à travers son travail archéologique et critique.

En effet, ce sujet paradoxal n'apparaît pas de nulle part dans la pensée de Foucault, mais il est le produit même de cette « histoire du présent » qu'il entreprend dès son *Histoire de la folie*. Or ce présent dont Foucault (1966) fait l'archéologie est très fortement marqué par la « révolution structuraliste » survenue dans les sciences humaines à partir des années 1950, notamment avec les travaux pionniers de l'anthropologue Claude Lévi-Strauss (1958 ; 1967) et du psychanalyste Jacques Lacan (1966c), dont les *Écrits* paraissent la même année que *Les mots et les choses* (le livre de Foucault devait d'ailleurs avoir pour sous-titre : *une archéologie du structuralisme*) (cf. Dreyfus et Rabinow, 1984). Le structuralisme prendra certes plusieurs formes selon les disciplines et les auteurs qui mobiliseront ses méthodes et concepts, mais toutes ses variantes présentent au moins un point commun essentiel : elles reconnaissent l'importance fondamentale du *langage* dans la manière dont se structurent les sociétés et les réalités humaines. C'est pourquoi la « révolution structuraliste » est avant tout une « révolution linguistique », d'abord préparée par les premières analyses scientifiques du langage au début du 20^e siècle, et notamment par la théorie du signe de Ferdinand de Saussure (1995). Pour la linguistique structurale, en effet, la langue en tant que système abstrait de signes ne fait *pas* que « refléter » ou « représenter » des choses, des objets, des significations qui seraient déjà données, mais elle les *produit* et les *forme* activement, de sorte qu'elle *construit* aussi les réalités humaines et leur donne toute leur consistance. Il n'y aura donc plus, avec le

structuralisme, de réalité humaine ou sociale hors langage, et toute réalité pourra et devra être étudiée comme ayant une structure langagière.

Le « nouveau sujet » dont Foucault perçoit l'émergence en faisant l'archéologie de son présent a donc lui-même une structure profondément langagière (cf. par ex. Lacan, 1966a), si ce n'est pas au fond le langage *lui-même* qui devient le véritable sujet (dont la conscience humaine ne recueillerait jamais que les effets périphériques). Pour reprendre la terminologie du dernier Foucault, c'est maintenant le langage qui rend possible et articule le rapport de soi à soi, c'est même lui qui crée cette *distance* entre soi et soi qui caractérise et définit la subjectivité. Saussure (1995) disait déjà au début du 20^e siècle que le rapport de l'humain au langage – aux vastes chaînes de signifiants qui constituent sa langue et qui structurent donc son expérience de lui-même et du monde – est « largement inconscient », ce qui a certainement préparé et facilité l'intégration structuraliste de sa théorie du signe dans la psychanalyse. Pour Lacan (1966a ; 1991), en effet, le sujet n'est pas seulement sujet en tant qu'il est un être parlant, mais il l'est aussi et surtout l'être en tant qu'il *est parlé* – c'est-à-dire littéralement traversé le langage, par le signifiant, par des discours qui lui préexistent. C'est donc le langage qui structure l'ensemble de l'expérience et de la « réalité » du sujet en produisant de la signification, du sens et de la valeur – évidemment à son insu. C'est pourquoi le langage ne saurait plus, dans une perspective structuraliste, être pensé comme un simple « instrument » dans le rapport de soi à soi ou au monde (comme ce pouvait déjà être le cas pour le sujet humaniste ou pour le cogito cartésien), mais il *est* le « sujet » lui-même – c'est-à-dire la condition de possibilité de *tout* rapport de soi à soi – en tant qu'il est précisément ce qui crée ou produit cette division, cette distance, ce clivage entre soi et soi qui définit le sujet en tant qu'il est sujet – et dont rend bien compte la définition grecque. Le sujet du structuralisme, le sujet de l'inconscient, est un sujet profondément clivé, divisé – Lacan (1998) parle du sujet *barré*, $\$$ –, sujet qui se constitue le long de cette faille que creuse le langage entre soi et soi et qui se prolonge bien sûr dans le rapport de soi aux autres, aux choses et au monde (gouffre infranchissable entre les mots et les choses...). Bien sûr, on l'a compris, entre le premier et le deuxième soi du rapport de soi à soi, le soi change radicalement de sens, il n'est plus le Même, mais il est déjà l'Autre – l'inconscient structuré comme langage. Sujet contradictoire, déjà éminemment paradoxal.

En somme, le structuralisme découvre donc le langage comme le grand Autre de l'Homme tel que l'a inventé la modernité humaniste et rationaliste, c'est-à-dire du sujet rationnel, unifié, dont la pensée est transparente à elle-même, et qui trouve en lui-même (*auto*) la Loi (*nomos*) qui le constitue et qui le fonde,

qui fonde son autonomie et sa liberté. Le structuralisme (re)découvre un Autre qui ne renverra bientôt plus à aucun Même : pensée sauvage, folle, inconsciente et indomptable, et qu'il faudra entreprendre de libérer – de décoloniser, de *désenfermer*...

2.2 L'ordre du discours

Foucault est-il structuraliste ? On pourra penser que *L'histoire de la folie* ou *Les mots et les choses* n'auraient jamais été possibles sans avoir recours à une méthode ou à une pensée de type structuraliste. Aussi Foucault (2001g) passe-t-il indéniablement, comme Lacan d'ailleurs, par un « moment structuraliste », sans doute parce que sa pensée est elle-même un *produit* du structuralisme, c'est-à-dire, au fond, un produit de son époque. C'est pourquoi plusieurs verront dans le sujet barré de Lacan certains traits importants du sujet paradoxal – également clivé, divisé, contradictoire – dont Foucault dessinera la figure dans la suite de son œuvre. Le sujet foucauldien se constitue lui aussi largement dans et par le langage ; il est lui aussi non pas tant parlant que *parlé* par un langage qui le traverse et le déborde ; ce n'est pas lui qui fait advenir la langue par sa parole, mais c'est plutôt le langage qui est « sujet » en lui, qui le parle et qui le fait alors advenir comme sujet ayant un rapport de soi à soi. Mais Foucault n'en reste pas là. En publiant *L'archéologie du savoir* en 1969, il marque la distance qui le sépare déjà de ces nouvelles évidences structuralistes, soulignant d'abord que ce langage qui « parle » le sujet ne se présente finalement jamais comme un système abstrait de signes, mais qu'il n'existe et ne se présente que dans la multiplicité de ses *formes sociohistoriques concrètes et matérielles* – ce que Foucault appelle des *discours*.

Le concept de discours, qui aura une postérité remarquable dans les sciences humaines et sociales jusqu'à aujourd'hui, devient rapidement incontournable dans l'appareil conceptuel foucauldien. Il est aussi incontournable dans la présente recherche pour penser la folie et sa prise en charge. *Qu'est-ce qu'un discours ?* Dans une première approximation qui révèle déjà bien la distance que Foucault prend avec le structuralisme, on pourra dire que le discours, c'est ce qui est *effectivement* dit, ce qui est *effectivement* prononcé ou énoncé – que ce soit sous forme orale, écrite ou autres – dans une société, à une époque donnée, et qui se dépose généralement dans des archives – d'où le nom d'*archéologie*. Le discours n'est donc pas un système abstrait ou une structure cachée, inconsciente, qui agirait « derrière » ce qui est dit et le déterminerait (Deleuze, 2004). C'est plutôt un ensemble d'*énoncés* – lesquels sont les « atomes » du discours, les unités discursives – dans leur existence manifeste, matérielle, repérables à la surface même de l'archive. Ce qui revient aussi à dire que les énoncés, comme les discours qu'ils en viennent à former par leurs relations, sont des *pratiques concrètes*, ce que Foucault nomme les *pratiques discursives*, qui

obéissent, dans une société donnée, et comme toute pratique d'ailleurs, à un ensemble de *règles*. Ce sont ces règles qui expliquent que, dans une société, peu de choses (différentes) sont effectivement dites, parce que « peu de choses *peuvent* être dites » (Foucault, 1969 : 157). Le discours contient en lui-même un principe d'*exclusion*, il établit des partages, il marque des limites, d'abord justement en délimitant le champ de ce qui peut être dit, de ce qui est énonçable, pensable, et donc de ce qui sera *visible* dans une société donnée – invisibilisant aussi, par là même, toute une série de choses et d'êtres (cf. aussi Foucault, 1971). La pratique discursive est donc fortement encadrée par des procédures de contrôle qui ont pour effet de limiter la production d'énoncés.

Pourquoi le discours fait-il l'objet de procédures de contrôle et d'exclusion aussi sévères ? C'est bien sûr parce que le discours, comme la langue de Saussure, ne fait pas que « refléter » ou « représenter » un monde ou une réalité, mais c'est lui qui *fait*, qui *produit* la réalité telle qu'elle se manifeste. Les discours ne cessent de nommer les choses, de les classer et de les hiérarchiser, d'introduire des frontières, des lignes de partage épistémique ou normatif, et, ce faisant, il crée littéralement des objets, il délimite des domaines de réalités et de « visibilités », bref, il organise, structure et ordonne le réel pour en faire « une » réalité (cf. aussi Otero, 2018). Foucault (1969 ; 1971 ; 1972 ; etc.) a dans son œuvre toute une série de termes et de concepts plus ou moins équivalents pour décrire cet *ordre* – ontologique, épistémologique, social, etc. – que le discours introduit dans le réel en le quadrillant de ses énoncés, limitant du même coup le champ de ce qui est énonçable dans une société : ordre discursif, *a priori* historique, régime ou figure de savoir, régime de vérité, etc. C'était aussi le projet de *Les mots et les choses* : décrire les transformations de l'ordre discursif – qu'il nommait alors *épistémè* – qui détermine la manière par laquelle nous « voyons » et « lisons » les choses dans les sociétés occidentales depuis la Renaissance, qui détermine le réel tel qu'il se manifeste à nous, à notre regard et à notre pensée. Le concept de discours s'inscrit donc dans une « nouvelle pragmatique » (Deleuze, 2004 : 18), en ce sens que le discours est une *pratique sociale* qui *produit* de la réalité – nous dirions aujourd'hui qu'il est « performatif ».

Il est toutefois essentiel de voir qu'un discours particulier ne produit jamais à lui seul la réalité. En fait, un discours, comme un énoncé d'ailleurs, *ne vient jamais seul*, il ne définit jamais à lui seul un ordre discursif ou même une formation discursive. Au contraire, dans une société, ou même dans une de ses institutions particulières, les discours sont toujours *multiples*, pluriels, hétérogènes. C'est ce qui rend le concept foucauldien d'espace ou de *champ* discursif – plus que celui d'institution d'ailleurs – si pertinent et si fécond en sciences sociales. Un champ discursif – par exemple celui de la « santé mentale » aujourd'hui –, ce n'est

jamais un seul discours, c'est toujours une *pluralité* de discours plus ou moins différents qui sont en tension – voire en contradiction, en conflit – les uns avec les autres. Au fond, un champ discursif est un peu comme un champ de bataille, et on pressent déjà ici ce que Foucault (1997) montrera seulement quelques années plus tard, à savoir que le modèle stratégique de la *guerre* est beaucoup plus approprié théoriquement pour penser les relations entre les discours (et les rapports sociaux en général) que celui, juridique, du contrat.

Un ordre discursif donné est toujours le résultat, le produit de ces conflits entre discours, de ces multiples tensions qui participent à en déterminer l'*ex-tension*, ce qui correspondra précisément aux limites de l'énonçable, du pensable et du visible dans cet ordre. Ces conflits et tensions, qui existent aussi à l'intérieur d'un même discours – entre ses énoncés – permettront aussi d'expliquer, dans cette perspective dynamique, comment les discours, les champs et les ordres en viennent à se transformer, déplaçant dès lors aussi les limites de l'énonçable et du pensable. Bien sûr, dans un champ discursif, tous les discours ne sont pas égaux : certains discours dits « dominants » occupent beaucoup plus d'espace que d'autres, peuvent même se révéler « envahissants » dans un champ, voire dans plusieurs champs discursifs et donc dans une société en général (aussi dira-t-on qu'ils sont hégémoniques), ce qui s'explique souvent par les nombreux supports institutionnels dont ils bénéficient dans la société et qui viennent leur conférer une sorte de plus-value sur le plan de la légitimité et de la validité (qui vient souvent avec un statut de *science*) que jalouseront les discours plus marginaux (parce que marginalisés). C'est pourquoi il peut arriver, par une sorte d'abus de langage (ou peut-être simplement par métonymie), que l'on identifie un champ, un ordre discursif, ou même une société par le discours dominant – souvent « scientifique » – qui le constitue et qui participe, plus que tout autre discours, à fixer et ordonner le réel tel qu'il se manifeste dans une société. Ainsi, l'ordre de la santé mentale, ou même l'« ère » de la santé mentale.

On comprend donc que le discours, pas plus que le savoir d'ailleurs, ne se réduit à ses formes scientifiques (Foucault, 1969). Si les discours dominants sont souvent formalisés de manière à pouvoir prétendre au statut de science, et si ces discours scientifiques réussissent alors à systématiser et contrôler des pans importants d'un espace discursif, jamais toutefois ils ne totalisent l'ensemble d'une formation ou d'un ordre discursif, lesquels sont toujours constitués aussi d'une multiplicité de discours – politiques, médiatiques, littéraires, philosophiques, juridiques, etc. – qui ne parviendront jamais à atteindre ce que Foucault appelle le « seuil d'épistémologisation ». Le « mérite scientifique » d'un discours ne lui est donc jamais intrinsèque, il s'acquiert toujours par un ensemble de procédures, de rituels qui visent le plus

souvent à obtenir une sanction institutionnelle, « disciplinaire » et parfois « interdisciplinaire ». C'est que l'enjeu sociopolitique de ces procédures d'épistémologisation est énorme : il en va de la « vérité » même des choses telles qu'elles nous apparaîtront (cf. Foucault, 1966 ; 1971).

2.3 La production du sujet

Quel est donc ce « nous » discret qui réapparaît ici et là en marge du discours, ce « nous » auquel les choses apparaissent d'une certaine façon dans et par le discours ? Ce sont bien sûr les *sujets*. On voit bien que le sujet s'efface ici derrière ou en périphérie du discours, derrière un « langage » dont il n'est plus qu'un effet lointain. Et ce n'est pas suffisant de dire, dans cette perspective foucaldienne, que le rapport de soi à soi (et au monde) est « médiatisé » par le langage ou le discours, comme si le discours était justement un médium, un moyen, un instrument du rapport à soi, d'un sujet déjà donné. *C'est plutôt le discours qui produit le sujet*, et c'est seulement en s'insérant ou étant inséré dans le discours que l'individu se constitue comme sujet². Le sujet foucaldien est donc sujet du discours, mais absolument pas au sens où il est celui qui en produirait ou en choisirait les énoncés, qui le prononcerait comme s'il en était l'auteur, mais bien seulement au sens où il est *assujetti* au discours et à ses énoncés : le sujet est pour Foucault un pur « dérivé de l'énoncé » (Deleuze, 2004 : 113). Est-ce à dire que l'énoncé – et le discours – n'aurait pas d'auteur ? C'est précisément ce que dit Foucault (1969) : le sujet produit certes des phrases, il peut formuler des propositions qui renvoient évidemment aux énoncés dont il dérive comme sujet, mais il ne peut produire lui-même et à lui seul des énoncés ou des discours, lesquels le « précèdent » toujours sinon chronologiquement, du moins (onto-)logiquement. Il appartient donc aux énoncés et aux discours d'être *anonymes*, impersonnels, sorte de « murmure sans commencement ni fin » (Deleuze, 2004 : 17), un peu comme le sont les grands mythes et légendes populaires, qui ne renvoient à aucun « je » ni même à aucun « nous », mais toujours et seulement à un Autre, sorte de grand « Il » du langage : l'énoncé et le discours ne sont jamais produits qu'à la « troisième personne », c'est avant tout un « On parle » dans lequel le sujet ne pourra, au mieux, que s'introduire et se « reconnaître » (Foucault, 1971 ; Deleuze, 2004).

² La distinction entre l'individu et le sujet n'est sans doute pertinente que sur un plan conceptuel – en théorie –, car Althusser (2001) et Lacan (1998) soulignaient déjà avant Foucault que l'« individu biologique » est *en fait* toujours déjà, *avant même sa naissance*, inséré et « parlé » dans des discours (des idéologies chez Althusser), dans le langage, de sorte qu'une place lui est toujours pré-assignée dans l'ordre du discours, dans l'ordre symbolique et donc dans la société. C'est pourquoi il est possible de dire que l'individu est toujours et déjà sujet et qu'il n'existe donc que par pure abstraction (cf. aussi Otero, 2003a).

Quelle(s) place(s) peut-il alors rester au sujet dans l'« ordre du discours » ? Sans doute beaucoup plus qu'on ne pourrait le croire *a priori*. Il faudrait même dire : autant de places qu'il y a d'énoncés et de discours. Car les discours et leurs énoncés, en ordonnant le réel, ne produisent jamais des objets et des mondes sans produire aussi des sujets correspondants, ou plutôt des « *positions* subjectives » (et discursives) que ces derniers peuvent venir occuper et dans lesquelles ils entreront dans un certain rapport déterminé de soi à soi, aux autres, aux objets et au monde. C'est en ce sens que le sujet est constitué dans le discours, c'est-à-dire qu'il est le produit d'un ensemble de pratiques sociodiscursives qui tendent à l'assigner à certaines positions, à certaines places ou lieux discursifs où il pourra enfin dire « je » et se retrouver dans des identités – thème de l'assujettissement identitaire qui sera récurrent chez Foucault, et notamment dans ses dernières recherches sur l'éthique de soi. Pour reprendre d'ailleurs la terminologie de ce dernier Foucault (notam. 2001f ; 2013b), le sujet est certes le produit d'un ensemble de techniques et de « pratiques de soi », mais ces pratiques sont toujours elles-mêmes des pratiques *sociales* et discursives (cf. Otero, 2003a) – aussi pourra-t-on parler également d'une véritable « *techno-logie* de la subjectivité » pour décrire ces pratiques par lesquelles le sujet est interpellé dans un discours et advient à lui-même avec une ou des identités (« je suis *ça*, *ça* ou *ça* »), comme les pratiques et dispositifs de la santé mentale le sont sans doute aujourd'hui.

Est-ce à dire que chaque sujet n'a au fond qu'à trouver sa place dans « le » discours (et donc dans le monde), place où il pourrait trouver son identité et donc se sentir « chez soi ». En fait, les choses ne sont peut-être pas aussi simples pour le sujet. D'abord justement parce que le discours est pluriel, conflictuel : multiplicité de discours en tension dans un champ discursif, multiplicité de champs aux limites mouvantes dans une formation ou un ordre discursif, multiplicité d'énoncés dans un même discours. Partout des multiplicités, dira Deleuze (2004), lesquelles offrent donc autant de « places » singulières pour les sujets, autant de points d'insertion dans l'ordre discursif et dans le monde. Or le « problème » pour le sujet, c'est justement qu'il n'occupe jamais qu'une seule place dans le discours, lieu qui serait un chez-soi où il pourrait se retrouver de manière unifiée, univoque et transparente. Au contraire, le sujet occupe toujours plusieurs positions différentes dans l'ordre discursif, il dérive d'énoncés équivoques ou plurivoques qui proviennent de plusieurs discours issus de différents champs ou espaces discursifs – politiques, médiatiques, scientifiques, juridiques, économiques, etc. –, positions, discours et énoncés qui ne sont pas toujours compatibles entre eux, qui sont même très souvent *incompatibles*, contradictoires, irréconciliables. Autrement dit, les conflits et tensions qui sont constitutifs du discours se prolongent et se « répercutent » inévitablement dans la subjectivité qui se constitue à travers ce discours, dans le rapport de soi à soi, de

telle sorte que le sujet se voit pour ainsi dire dispersé et morcelé. Le sujet foucaldien est un sujet profondément clivé, divisé, voire déchiré : c'est lui aussi une multiplicité, enjeu d'un conflit, d'une bataille incessante entre les discours. Sujet paradoxal, donc, mais cette fois en un autre sens, au sens de l'antinomie logique : il dérive d'énoncés contradictoires ou difficilement conciliables, et qui ne se laisseront que rarement dialectiser. Bref, le sujet n'est jamais parlé d'une seule voix – il est essentiellement plurivoque, polyphonique.

C'est donc un nouveau clivage du sujet qu'en vient à repérer Foucault, clivage qui ne renvoie plus seulement à cette faille ontologique que creuse le langage entre soi et soi, puis entre soi et le monde, mais bien à cette tension conflictuelle – et sociale – inhérente au discours et qui vient en quelque sorte redoubler la faille ontologique. Là encore, on peut toujours les distinguer en théorie, en droit, mais on voit bien que dans les faits, l'une – fondamentale – ne vient jamais sans l'autre – sociale –, car le langage est pour le sujet toujours et déjà discours, multiplicités conflictuelles dans lesquelles il se constitue. On pourra d'ailleurs reconnaître ici la distinction qu'établit la psychothérapie institutionnelle (Oury, 1992) entre une aliénation fondamentale et une aliénation sociale et institutionnelle – distinction qu'il sera sans doute pertinent, dans la suite, d'interroger et de réarticuler de manière critique en prenant appui sur les concepts foucaldiens.

Car c'est bien une aliénation sociale – mais non moins « fondamentale », en tout cas *constitutive* – du sujet dans le discours, dans l'Autre du langage, que le premier Foucault identifie dans ses recherches. Le sujet ne choisit pas les énoncés dont il dérive, il ne prononce pas les discours qui le constituent, mais, pour parler comme Althusser (2011), il est *interpellé* par et dans le discours (ce qui n'exclut pas la possibilité que le sujet puisse ensuite dériver d'un énoncé à l'autre et donc se « resubjectiver » dans d'autres discours). Or, et c'est le deuxième « problème » que rencontre le sujet constitué dans le discours : non seulement il y a une multiplicité conflictuelle de discours et d'énoncés dans un ordre, mais ces discours, on l'a vu, ne sont jamais égaux ni équivalents. Certains discours bénéficient de supports institutionnels – école, État, médias, église, université, etc. – qui leur confèrent une valeur de vérité et une puissance d'assujettissement beaucoup plus grande : non seulement ils offrent beaucoup plus de « positions subjectives » pour les sujets du simple fait de leur extension hégémonique dans les espaces discursifs, mais ces positions se révèlent souvent « avantageuses » sur le plan socioinstitutionnel. En tout cas, beaucoup plus avantageuses que celles que produisent, en périphérie de l'ordre discursif, les discours « alternatifs » et « marginaux ». Et sans doute *infiniment* plus que ces positions qui dériveraient du

discours du fou (Foucault, 1971 : 12-5 ; 1972), discours auquel on refusera le plus souvent le statut même de discours et qu'on exclura donc simplement de l'ordre discursif : le fou et sa folie seraient essentiellement hors discours. On pourra d'ailleurs se demander s'il y a encore quelque chose comme un discours du fou aujourd'hui, comme il a pu y en avoir à d'autres époques et dans d'autres sociétés. Mais même s'il existait encore, le fou ne serait-il pas bien fou de vouloir se subjectiver dans le discours du fou, ou même simplement à partir de sa propre *parole* comme pourra le suggérer une certaine psychanalyse, alors qu'on lui réserve aujourd'hui une place de choix dans les discours – médico-psychiatriques – de la santé mentale pour se subjectiver comme « personne présentant un trouble de santé mentale » pouvant bénéficier de traitements, de toute une thérapeutique susceptible de le rendre plus autonome et plus heureux malgré son trouble ? « La maladie mentale est une maladie comme une autre » : voilà peut-être un énoncé scientifique qui offre une position discursive et subjective avantageuse sur le plan socioinstitutionnel pour un sujet souffrant. Tout comme celui-ci : « La santé mentale ne se réduit pas à l'absence de maladie ou de symptômes », qui vient annoncer que « le bonheur est enfin possible » (Otero, 2003a : chap. 8) pour les fous et les moins fous, à condition bien sûr d'adopter la position subjective qui dérive de l'énoncé, soit celle du « bon fou », du « bon patient » – autonome, compétent, adapté, tranquille (cf. *supra* : §1.2.3).

On voit donc que les positions discursives et subjectives qu'en vient à occuper un sujet sont toujours aussi *normatives*, voire – lorsqu'elles dérivent de discours dominants – *normalisantes* : le discours n'assigne jamais le sujet à une ou des identités sans énoncer et dicter en même temps ce qui est attendu de lui, ce qu'il doit faire, dire, penser et être dans toute une série de situations, ce qu'il doit « voir » – les fameuses « visibilités » – ou surtout ne pas voir, comment il doit agir et interagir, bref, comment il va se rapporter de soi à soi, aux autres, aux choses et au monde. Cela ne vaut pas seulement pour les sujets que l'on dit « fous », mais tout autant pour ceux qui les prennent en charge, les traitent, les soignent, les « aident », les aiment ou les détestent. D'où les questions qui traversent cette recherche : quelles sont les positions discursives qu'occupent ou que pourraient occuper les sujets qui pratiquent le travail social en santé mentale aujourd'hui ? À partir de quels énoncés, de quels discours sont-ils susceptibles de se constituer comme « sujets d'un travail social » ? Quelle est la place du travail social, de ses discours et de ses pratiques, dans l'ordre discursif contemporain ? Et surtout, avec quels « effets de discours », quels « effets de vérité » pour ces « fous » et ces « folles » qu'ils participent de plus en plus à soigner ?

Mais cette recherche repose aussi sur l'hypothèse qu'il existe d'*autres discours* – certes plus marginaux – à partir desquels se subjectivent (ou pourraient se subjectiver) aussi bien les « sujets du travail social » que ces « sujets de la folie » (cf. *supra* : §1.5). Aussi croyait-elle déceler dans la psychothérapie institutionnelle – qui s'est d'ailleurs constituée en dialogue avec la pensée de Foucault – un ensemble d'énoncés audacieux dans lesquels ces sujets peuvent se glisser pour exister autrement et peut-être plus librement – c'est-à-dire, on le comprend maintenant, en étant moins assujettis aux identités et formes de subjectivité qu'offrent aujourd'hui les discours de la santé mentale (cf. *supra* : §1.6). Mais ce n'était là au fond, et au départ, qu'une *hypothèse* – l'hypothèse centrale de cette recherche –, qu'il s'agissait évidemment de valider, de mettre à l'épreuve sinon des « faits », du moins des pratiques et énoncés concrets. Hypothèse fragile et parfaitement « falsifiable » (Popper, 1973), notamment parce qu'il ne fait aucun doute que la psychothérapie institutionnelle s'est transformée depuis son invention il y a plus de 70 ans, époque à laquelle la « santé mentale » n'existait d'ailleurs pas encore dans sa forme actuelle (cf. *supra* : §1 ; cf. aussi Castel, 1968). Il n'était donc pas du tout à exclure, dans une perspective critique, que les pratiques et discours de la santé mentale aient, entre temps, pénétré d'une façon ou d'une autre le dispositif clinique et l'appareil théorique de la psychothérapie institutionnelle. C'était notamment ce qu'il s'agissait d'aller explorer et évaluer à la fois empiriquement – là où se pratique la psychothérapie institutionnelle – et théoriquement, de manière à pouvoir identifier à la fois les apports possibles et les limites de cette approche dans le champ du travail social en santé mentale. En ce sens, les objectifs de la présente recherche pouvaient être formulés schématiquement comme suit :

- Observer, documenter et analyser les différentes formes de pratiques (y compris discursives et symboliques) mises en œuvre dans un milieu où se pratique la psychothérapie institutionnelle, afin de :
 - Dégager leurs particularités et leur spécificité dans le champ actuel de la santé mentale ;
 - Identifier leurs apports potentiels (théoriques, critiques et cliniques) et évaluer leur pertinence dans le travail social contemporain, notamment dans le champ de la santé mentale ;
 - Mieux comprendre leur portée, leurs limites et les obstacles qu'elles rencontreraient dans le champ actuel du travail social en santé mentale.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Pour atteindre ces objectifs, la présente recherche a été conçue, sur le plan méthodologique, en deux grands volets. Le premier, résolument empirique, devait consister à aller observer, dans une perspective ethnographique, les pratiques et dispositifs concrets mis en œuvre dans une institution de soin dont les principaux repères théoriques et cliniques sont ceux de la psychothérapie institutionnelle. Quant au deuxième volet, plus théorique, il consistait à redéployer de manière flexible ou ouverte l'appareil conceptuel et critique qui a été développé dans la section précédente, de manière non seulement à analyser les données empiriques recueillies et traitées au cours du premier volet, mais aussi à étudier un corpus d'ouvrages plus théoriques de psychothérapie institutionnelle – corpus qui allait être établi seulement après la recherche de terrain, et qu'il s'agissait alors de faire « dialoguer » à la fois avec les concepts foucaldiens et avec les données recueillies sur le terrain. À cet égard, il est important de souligner que les concepts foucaldiens introduits au chapitre précédent ne seront pas utilisés explicitement ici pour traiter et analyser ces données, comme s'il s'agissait par exemple de faire une analyse de discours ; ils constituent davantage une perspective théorique et philosophique générale ayant orienté cette recherche de terrain, et notamment la construction de la grille d'observation qui a été utilisée pour la collecte de donnée (cf. *infra* : §3.3 et annexe A).

3.1 L'institution symbolique comme « unité réelle d'analyse »

Les choix épistémologiques et ontologiques qui orientent la présente recherche ayant été largement explicités dans le chapitre précédent (§2), on se contentera ici, dans une perspective méthodologique, de les résumer en quelques mots : les réalités humaines et sociales sont entièrement produites dans et à travers le langage, et plus particulièrement dans et par une multiplicité de *discours* sociohistoriques. C'est donc en toute cohérence que cette recherche s'est appuyée sur une méthodologie dite *qualitative*, de manière précisément à prendre en considération ces dimensions essentielles de l'expérience que le langage rend possible, par exemple ces dimensions du *sens* et de la *valeur*. En toute cohérence, aussi, avec le « sujet » même de cette recherche – l'institution de la psychothérapie institutionnelle –, qui se veut lui-même « structuré comme un langage », c'est-à-dire qu'il s'agit d'un milieu social qui est pensé, analysé et structuré de manière à pouvoir « produire du symbole » et du signifiant, à produire des *effets* symboliques et signifiants (cf. *supra* : §2). Une méthodologie qualitative rigoureuse devait donc permettre d'analyser ce milieu-sujet social en prenant en compte cette dimension symbolique (par exemple, les discours et les

énoncés à partir desquels il se constitue), ainsi que les multiples interactions socio-symboliques – entre soignants et soignés, mais aussi entre soignés eux-mêmes – auxquels il donne lieu et qui lui donnent toute sa consistance institutionnelle.

Le dispositif de collecte de données qualitatives qui a ainsi été conçu et plus tard mis en place repose avant tout sur une technique d'observation *directe et participante*, telle qu'elle fut d'abord développée au début du 20^e siècle dans le cadre de recherches ethnologiques (par ex. : Malinowski, 1985). Ce dispositif consiste de manière générale à étudier *de l'intérieur et sans intermédiaire* (témoignages, documentation ou autres) un groupe ou un espace social – ici l'institution de soin envisagée comme collectif – afin de rendre compte en détail de son fonctionnement, de son organisation, de ses pratiques, codes, règles, rituels, etc. (Van Campenhoudt et *al.*, 2017 : 247-9 ; cf. aussi Copans et Singly, 1998). L'observation participante suppose donc une immersion complète et parfois longue dans le groupe social étudié, le chercheur devant adopter lui-même les pratiques qui y ont cours, s'imprégner de leur contexte symbolique et participer à l'ensemble de ses activités, de manière à pouvoir en venir, graduellement, à vivre le rapport de soi à soi, aux autres et au monde tel que le vivent les sujets du groupe étudié. Souvent utilisée de manière féconde en sciences sociales pour étudier des organisations ou environnements sociaux dans leur dimension collective, cette méthode de collecte de données empiriques permet en effet de rendre compte efficacement de leurs logiques de fonctionnement propres (règles, normes, procédures, pratiques, organisation spatio-temporelle, etc.) (Jaccoud et Mayer, 1997 ; Van Campenhoudt et *al.*, 2017). Elle se révélait donc particulièrement pertinente pour explorer l'objet qui est au cœur de cette recherche, à savoir la psychothérapie institutionnelle. À cet égard, ce que Robert Castel (1968 : 10) disait du travail d'observation participante et ethnographique réalisé par Erving Goffman (1968) dans les asiles américains s'applique parfaitement à la présente recherche : *c'est l'institution elle-même* qui doit être ici « l'unité réelle d'analyse », et non pas les sujets individuels qui la composent (dont la somme n'est jamais égale à ce « tout » qu'est l'institution, totalitaire ou pas). Ce qui n'exclut toutefois pas que le chercheur en vienne, par son immersion participante dans l'institution analysée, à rendre compte de la manière dont les sujets vivent subjectivement leurs rapports à cet environnement socio-institutionnel – précisément ce que cherche (et réussit) à faire Goffman (1968) dans ses travaux, lesquels seront d'ailleurs une source d'inspiration méthodologique pour la présente recherche. En somme : faire l'expérience de la psychothérapie institutionnelle de l'intérieur même de son institution paradoxale (cf. *supra* : §1.6.3).

Le dispositif méthodologique qui a été conçu et mis en place ne mobilisait pas de techniques d'observation *indirectes* à proprement parler, comme les entretiens, le recueil de témoignages, l'analyse de documents, etc. En revanche, dans le cadre même de son observation participante, le chercheur a été amené à participer aux multiples réunions qui constituent pour ainsi dire le socle et l'« âme » de l'institution (cf. *infra* : §4.3), ce qui a permis de profiter de certains avantages que présentent généralement les entretiens collectifs de recherche, notamment en donnant l'occasion d'identifier des discours ou des « significations » propres à la psychothérapie institutionnelle qui seraient partagés au sein de l'institution, mais aussi certaines divergences importantes. En plus de permettre de « saisir ces prises de position en interaction les unes avec les autres et non de manière isolée » (Duchesne et Haegel, 2013 : 37-8), ces réunions ont aussi été un lieu privilégié par le chercheur pour approfondir sa compréhension des pratiques et dispositifs cliniques de la psychothérapie institutionnelle, par exemple en posant des questions sur certains enjeux cliniques, éthiques et institutionnels qu'il a pu identifier au cours de son observation. En ce sens, ces réunions ont aussi été une occasion idéale pour procéder à la *triangulation* de certaines données de recherche, c'est-à-dire pour vérifier si les observations réalisées pouvaient être corroborées par plusieurs sources ayant différents points de vue sur ce qui a été observé (Olivier de Sardan, 2008 ; Van Campenhoudt et *al.*, 2017). À cet égard, certaines techniques propres à l'entretien et à l'animation de groupe ont aussi été mobilisées lors de ces réunions et dans cette perspective de triangulation, par exemple celles qui consistent – souvent sous forme de questions – à « élaborer la pensée du groupe » en reformulant et validant les opinions qui ont été émises pendant la discussion (Baribeau, 2009 : 136). Enfin, bien que le dispositif méthodologique élaboré n'incluait pas formellement la technique de l'entretien individuel, il est évident que l'observation participante a amené le chercheur à entrer dans de multiples interactions individuelles et informelles aussi bien avec les soignants et qu'avec les soignés qui composent ce collectif institutionnel – dont le chercheur en est venu à faire partie –, interactions qui ont fourni de nombreuses et précieuses informations sur l'institution et son fonctionnement. Les enjeux déontologiques importants soulevés par l'utilisation des données recueillies dans le cadre de ces interactions seront abordés ultérieurement (cf. *infra* : §3.5).

3.2 Délimitation du terrain et du champ d'analyse

En mobilisant différentes techniques d'observation directe et en les adaptant aux contraintes et particularités de son objet, la présente recherche s'inscrit donc dans la tradition de la *field research* (recherche de terrain) (cf. Burgess, 1984). Si l'« unité réelle d'analyse » de cette recherche est bien l'institution de la psychothérapie institutionnelle, son terrain ou champ d'analyse devait bien sûr être une

ou des institutions où cette approche est mise en œuvre. Pour utiliser le jargon statistique et méthodologique de l'« échantillonnage », on dira donc que la « population étudiée » est celle de l'ensemble des lieux (cliniques, hôpitaux, organismes, etc.) dans le monde où est pratiquée la psychothérapie institutionnelle. Évidemment, pour des raisons pratiques, la recherche entreprise ici ne saurait étudier l'ensemble de cette « population » ni même un échantillon qui pourrait prétendre à la « représentativité » (Van Campenhoudt et *al.*, 2017 : 208-13). Considérant les finalités et les contraintes inhérentes à cette recherche, il a donc semblé beaucoup plus sage et approprié de sélectionner un *échantillon caractéristique* de cette « population », à savoir *une* clinique réputée et reconnue par ses « pairs » pour la manière dont elle met en œuvre le dispositif clinique de la psychothérapie institutionnelle. Des démarches ont alors été entreprises auprès de la clinique de Cour-Cheverny (La Borde), située dans le département de Loir-et-Cher en France, considérée comme un haut-lieu emblématique de la psychothérapie institutionnelle depuis sa fondation en 1953 par le psychiatre Jean Oury, et dont les pratiques ont elles-mêmes grandement participé à définir ce qu'est devenue aujourd'hui la psychothérapie institutionnelle, notamment avec les travaux influents du philosophe Félix Guattari (2012), qui a vécu et travaillé à La Borde une grande partie de sa vie. Les responsables de la clinique se sont d'emblée montrés tout à fait ouverts et disposés à accueillir un stagiaire-chercheur québécois pour une durée de 2 mois – ce qu'ils considèrent comme « le temps minimal pour s'imprégner de la vie institutionnelle » (courriel du 31 janvier 2020), et qui serait également suffisant pour mettre en place un dispositif d'observation participante, en tenant compte des contraintes liées à une recherche universitaire de maîtrise. Initialement prévue pour le printemps 2021, mais ensuite reportée à de nombreuses reprises en raison des mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19, l'observation participante a finalement pu avoir lieu du 22 novembre 2021 au 10 janvier 2022.

La Borde (2020) est une clinique psychiatrique privée (mais agréée et conventionnée³) qui offre des soins aux adultes qui présentent une symptomatologie sévère le plus souvent associée à la psychose ou à la schizophrénie. Il s'agit d'un milieu d'hospitalisation libre et entièrement ouvert (les patients, qu'on appelle « pensionnaires », n'y sont jamais hospitalisés contre leur gré et peuvent circuler librement dans tous les lieux de soin) qui compte 107 lits en hospitalisation complète et qui peut également accueillir 30 personnes additionnelles par jour dans son « hôpital de jour » (personnes qui ne résident donc pas sur place, mais

³ En France, une clinique privée agréée et conventionnée est donc reconnue par la plupart des régimes (mutuelles) d'assurance privée et, par convention, par les régimes d'assurance-maladie universels de la Sécurité sociale (CMU, pour « couverture maladie universelle »).

peuvent participer aux diverses activités de la clinique). L'équipe soignante est composée de six médecins-psychiatres et de plusieurs dizaines de « moniteurs » – nom donné aux soignants – issus de diverses professions et disciplines (sciences infirmières, éducation spécialisée, travail social, ergothérapie, etc.), mais dont la « fonction soignante » est résolument *non disciplinaire* (aussi les moniteurs ne réfèrent-ils pas à leur titre ou à leur formation dans le cadre des activités cliniques). Le personnel de la clinique, qui compte en tout une centaine de salariés également appelés à remplir une « fonction soignante », comprend aussi des équipes responsables plus spécifiquement de la cuisine, de l'entretien, de l'administration, de la pharmacie, de la garderie et du secrétariat médical. C'est bien sûr l'ensemble du personnel et des pensionnaires de la clinique qui devront être considérés comme les « participants » de cette recherche.

Sur un plan plus technique et administratif, le dispositif méthodologique a été mis en place dans le cadre d'un « stage de recherche » qui a fait l'objet d'une convention tripartite entre le chercheur, son université d'appartenance et la Clinique de la Borde (cf. annexe B). Cette convention tripartite et le formulaire d'autorisation à la recherche qui le complétait (cf. annexe C) ont également été l'occasion de préciser certaines modalités concrètes de la recherche, en tenant explicitement compte des enjeux éthiques qu'elle pouvait soulever (cf. *infra* : §3.3 et §3.5). La recherche de terrain et le stage de recherche ont été réalisés en partenariat avec l'Équipe de recherche sur les rationalités philosophiques et les savoirs (ERRAPHIS) et le Laboratoire d'étude sur la philosophie dans son histoire et ses interactions contemporaines (LESPHI) de l'Université Toulouse Jean Jaurès, en France, et avec le soutien financier du Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), par l'entremise de ses programmes de bourses de maîtrise en recherche et de bourses pour stage hors Québec.

3.3 Sur le terrain

L'observation participante, qui constituait le « terrain » proprement dit de cette recherche, visait donc à recueillir les données qui devaient permettre, une fois traitées et analysées, d'envisager des pistes de réponses aux questions posées par la présente recherche. La durée envisagée de 2 mois – finalement réduite à 7 semaines en raison des délais pour obtenir l'approbation éthique nécessaire pour entreprendre la collecte de données – était jugée suffisante non seulement pour parvenir à une *saturation relative* des catégories d'analyse (c'est-à-dire que les nouvelles observations apporteraient, au terme des 2 mois, de moins et moins de nouvelles données pertinentes), mais aussi pour permettre une *triangulation* suffisante

des données, que ce soit en validant certaines observations auprès de participants ou en recoupant les observations entre elles pour noter certaines convergences (Olivier de Sardan, 2008 ; Pires, 1997a).

La position occupée par le chercheur dans le cadre d'une observation participante (ou d'une « participation observante » – cf. Bastien, 2007) peut parfois être inconfortable, voire difficilement tenable, en ce sens où elle consiste à la fois à s'engager *pleinement* dans la vie du groupe étudié, mais aussi à prendre ou garder un certain « recul » – ou du moins à se préserver un « espace de réflexion » – pour pouvoir donner un sens aux observations réalisées (cf. aussi Martineau, 2005). Pour que le dispositif méthodologique mis en place produise des données suffisantes en vue de valider ou d'infirmer l'hypothèse de recherche, il a donc été indispensable de mettre au point certaines stratégies permettant de concilier de manière à la fois réfléchie, efficace et flexible ces deux rôles inhérents à l'observation participante – celui de moniteur-stagiaire ayant dans la clinique une « fonction soignante », d'une part, et celui de chercheur présent pour étudier les pratiques mises en œuvre dans la clinique (idéalement sans trop les transformer par sa participation), d'autre part. Par exemple, des périodes déterminées ont été réservées chaque jour pour la rédaction des *notes de terrain*, lesquelles constituent bien sûr le principal « matériau » produit dans une observation participante, c'est-à-dire la principale forme matérielle que prennent les données à analyser (cf. aussi *infra* : §3.4 ; Arborio et Fournier, 2005). De plus, des périodes de « congé » ont aussi été explicitement prévues à la convention de stage (une journée par semaine, puis une semaine entière à la cinquième semaine de terrain), en accord avec les responsables de la clinique, pour permettre au stagiaire-chercheur de se libérer de ses fonctions soignantes et donc de prendre un certain recul réflexif par rapport à son expérience du terrain et aux observations réalisées. À cet égard, le « congé » de la cinquième semaine devait aussi et surtout être l'occasion de procéder à une analyse préliminaire mais systématique des données recueillies en tenant compte des hypothèses et questions de recherche, afin de pouvoir réorienter de manière plus précise, au besoin, le travail d'observation qui allait être réalisé dans les trois dernières semaines du stage (cf. aussi Arborio et *al.*, 2015 ; Van Campenhoudt et *al.*, 2017).

Le dispositif de collecte de données mis en place reposait notamment sur une *grille d'observation* (cf. annexe A) conçue pour favoriser l'organisation rigoureuse des données (notes de terrain) en vue de pouvoir mieux répondre aux questions de recherche. Cette grille comportait au départ un ensemble de catégories d'analyse (ou unités d'observation) devant permettre d'orienter le travail d'observation en fonction des hypothèses de recherche formulées. Elle devait néanmoins être suffisamment souple pour prendre en compte des données inattendues qui n'entreraient dans aucune de ses catégories et qui

pourraient donc indiquer certaines limites de la présente recherche, invitant peut-être par là à revoir ou peaufiner son cadre conceptuel, sa méthodologie, les hypothèses qu'elle avance, voire la grille d'observation elle-même (Van Campenhoudt et *al.*, 2017). Si l'« unité réelle d'analyse » devait être ici *l'institution* (La Borde considérée comme milieu sociosymbolique), dont on dit qu'elle est « structurée comme un langage », les catégories (ou sous-unités) d'analyse contenues dans la grille d'observation devaient donc permettre de rendre compte de cette « grammaire » qui donne à l'institution sa consistance à la fois symbolique et sociale. Cette grille d'observation annotée, telle qu'elle a été utilisée sur le terrain, est fournie en annexe, où l'on retrouvera donc les principales catégories d'analyse utilisées.

On se contentera ici de deux brefs commentaires sur cette grille d'observation – dont les limites peut-être évidentes seront analysées plus en détail dans les chapitres suivants, c'est-à-dire une fois que cette grille se sera frottée – et aura été confrontée – au « réel » du terrain. D'une part, on remarquera que toutes les catégories d'analyse de cette grille ont été construites et pensées en référence à une sorte de « méta-catégorie » qui les subsume toutes, à savoir celle des *pratiques sociales* – dont on sait qu'elles sont toujours aussi langagières, symboliques, discursives (cf. *supra* : §2). Cette catégorie fournira donc l'angle général par lequel seront réalisées *et surtout analysées* l'ensemble des observations : il s'agira ultimement, pour chaque observation, de se demander *quelle pratique sociale* – et notamment *quelle pratique discursive*, quel discours – « produit », directement ou indirectement, ce qui est observé. Le dispositif mis en place devient alors méta-méthodologique (et sans doute en partie déductif), en ce sens où il ne constitue plus seulement un « dispositif d'élucidation du réel » (Van Campenhoudt et *al.*, 2017 : 17-8), mais bien un *dispositif visant à élucider les différents dispositifs (pratiques sociales) de constitution et de production de la réalité sociale* – ce qu'il sera possible d'appeler ici la « grammaire » de l'institution. D'autre part – deuxième remarque –, il faut souligner que l'instrument d'observation n'a pas été construit de manière à prétendre à une quelconque « objectivité scientifique », mais plutôt de manière de tenir compte de la nécessaire subjectivité du chercheur (elle-même produit de pratiques sociales) dans son rôle d'observateur-participant, ainsi que de la nécessaire « intersubjectivité » (ou mieux : de la *rencontre*) dans laquelle sont au fond produites *toutes* les données de recherche. Ce n'est donc pas tout de chercher à « trianguler » certaines données en sollicitant les « perceptions » d'autres participants, mais il est encore plus décisif et fécond de chercher à élucider, par une sorte de *retour réflexif sur soi*, ce qui reste irréductiblement subjectif dans toute recherche, et dans cette recherche sur la folie en particulier, à savoir ce que le chercheur vit, voit, pense, éprouve, ressent – bref, tout son « rapport de soi à soi », son rapport aux autres, à l'institution et au monde, et qui n'est jamais sans effets sur ce qui est observé (Van

Campenhoudt et *al.*, 2017). Cette « pratique (réflexive) de soi », certes jamais achevée, est sans doute particulièrement nécessaire dans un dispositif d'observation participante, où le chercheur est fortement engagé dans les situations qu'il observe. Et elle l'est peut-être d'autant plus lorsque le chercheur est amené à rencontrer cet Autre qu'est la folie, laquelle n'est jamais sans susciter de fortes réactions « (contre-)transférentielles », de puissants affects – souvent de peur, d'angoisse – en venant inquiéter ce que nous sommes, au plus profond, comme sujets désirants et comme êtres humains (cf. Devereux, 1980). D'où l'importance de cette catégorie discrète dans la grille d'observation, « notes réflexives », qui ne visait donc pas tant à construire une supposée objectivité, mais plutôt à inventer et produire une subjectivité critique, relationnelle, sociale et même désirante dans laquelle seraient produites des données de recherche qui ne seraient donc pas purement arbitraires, voire ce qu'on en viendra à appeler, avec la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle, une *objectalité*, où se rencontreront objet de recherche et objet du désir (cf. *infra* : §4.1.2). En somme, travailler à faire de cette subjectivité vivante, sociale et désirante une force (productive) de la recherche – pouvant elle-même fournir de précieuses données – plutôt que son angle mort et donc son talon d'Achille : *de l'angoisse à la méthode*, disait Devereux (1980). En se confrontant à son objet qu'est la psychothérapie institutionnelle, dans laquelle les questions du désir et du sujet désirant sont, comme dans la psychanalyse, éminemment centrales, la présente recherche en viendra finalement à faire de ce travail le cœur et le fondement même de toute sa démarche.

3.4 Dédution, induction, traduction, abduction : l'analyse et le traitement des données

Les données recueillies sur le terrain ont bien sûr dû être traitées et analysées afin de déterminer si elles permettaient de valider l'hypothèse de la recherche et de répondre à ses principales questions – les deux prochains chapitres rendront compte de ce travail d'analyse. Comme c'est souvent le cas dans les recherches ethnographiques, les étapes de collecte et d'analyse des données ne pouvaient être ici complètement distinctes, dans la mesure où un certain travail d'analyse est déjà entrepris sur le terrain même – c'était d'ailleurs tout le sens de ces catégories de la grille d'observation que sont les « notes analytiques » et les « notes prospectives » (cf. annexe A ; Arborio et Fournier, 2005 ; Copans et Singly, 1998 ; Martineau, 2005 ; Van Campenhoudt et *al.*, 2017). C'est aussi tout le sens de ces périodes de « congé » qui ont été prévues pendant le terrain (cf. *supra* : §3.3), le chercheur se libérant alors de son rôle de « participant » pour se consacrer à « travailler » les données recueillies, à faire des liens entre les observations, à repérer des répétitions ou des convergences pour les trianguler, à les regrouper, les ordonner, etc. C'est ce travail d'analyse réalisé sur le terrain qui a permis de commencer à donner du *sens* aux données – un sens provisoire, en quelque sorte, notamment en fonction des hypothèses de

recherche –, et donc de réorienter au besoin le travail d’observation – ce qui a été fait à plusieurs reprises au cours des 7 semaines de collecte de données.

Popper (1999) avait sans doute raison d’affirmer que l’induction pure est un « mythe » et qu’elle ne saurait produire à elle seule de la connaissance. On ne saurait d’ailleurs nier la part de déduction qui est au cœur de la présente recherche. Le choix même de son « objet » – la psychothérapie institutionnelle – est largement orienté par un cadre théorique qui lui fournit les instruments conceptuels et critiques pour penser et problématiser le champ de la santé mentale contemporain. Le dispositif et l’instrument d’observation ont eux-mêmes été « informés », peut-être plus subtilement, par ce cadre théorique et épistémologique, par exemple en faisant des pratiques sociales une méta-catégorie susceptible de révéler la « grammaire » même de l’institution analysée. Et pourtant, peut-être paradoxalement, ce dispositif méthodologique se voulait au départ résolument *inductif*. Non seulement parce que le cadre théorique et les hypothèses de recherche ont été constamment « confrontés », dans un mouvement itératif ou circulaire, aux observations réalisées sur le terrain, y compris celles, « aberrantes » ou inattendues, qui leur résistaient (Van Campenhoudt et *al.*, 2017). La démarche de recherche se voulait aussi inductive plus radicalement, en ce sens où tout son dispositif de production de données suppose une sorte de « rupture méthodologique » : dans et pendant son observation, le chercheur s’est efforcé de mettre de côté (ou « en suspens ») aussi bien les concepts de son cadre théorique que ceux de la psychothérapie institutionnelle, voire l’ensemble de ses préjugés, croyances et connaissances préalables⁴ (Bachelard, 1967 ; Pires, 1997b ; Van Campenhoudt et *al.*, 2017). Une *epochè*, donc, au sens sceptique – encore une pratique de soi, dirait Foucault (2001f) –, qui s’est traduit dans un effort soutenu pour en rester d’abord à ce qui est strictement observable et « éprouvable » dans l’expérience, de manière à pouvoir éventuellement faire émerger de nouvelles catégories d’analyse, de nouveaux concepts et de nouvelles questions, peut-être irréductibles à celles qu’aurait permis de formuler toute cadre théorique existant. C’est d’ailleurs pour faciliter cette démarche inductive qu’on a évité de chercher à « tout savoir » des pratiques, des concepts et du dispositif clinique de la psychothérapie institutionnelle. Avant d’arriver sur le terrain proprement dit, il s’agissait

⁴ Cette rupture méthodologique a été précédée d’une rupture épistémologique, bien apparente dans les premières pages de ce projet de recherche, où est posée la question en apparence toute simple : « la santé mentale, qu’est-ce que c’est ça ? » – question qui a mené à la problématisation et à l’historicisation du champ dans lequel s’inscrit l’objet de cette recherche. Cette rupture épistémologique a elle-même été précédée de ce qu’il est possible d’appeler une « rupture existentielle » (ou ontologique), qui sera décrite ultérieurement (cf. *infra* : §4.1 et §4.2) et qui a joué un rôle décisif dans l’élaboration du présent projet de recherche, y compris sur le plan méthodologique.

donc de s'en tenir à des énoncés généraux, seulement suffisants pour commencer à faire « apparaître » l'objet de recherche, lequel ne devait être finalement construit que plus tard, de manière inductive, à partir des observations réalisées sur le terrain. Le travail de documentation exhaustive de la psychothérapie institutionnelle a donc été reporté *après le terrain*, et même après le traitement préliminaire des données – à quelques exceptions près, car, comme on le verra, un certain travail de « documentation » et de « théorisation » de la psychothérapie institutionnelle a été effectué avec certains participants dans le cadre même de l'observation, par exemple lors de réunions cliniques ou de groupes de lecture organisés par l'Association culturelle de La Borde.

Le traitement et l'analyse des données produites sur le terrain ont d'abord consisté en une *analyse de contenu* classique – thématique ou catégorielle – visant à organiser et structurer les données pour en faire ressortir les plus saillantes ou importantes eu égard aux hypothèses et questions de recherche. Ce type d'analyse se révèle souvent particulièrement efficace dans l'analyse des discours, des idéologies, des systèmes de valeurs et des pratiques qui leur sont associées, permettant aussi, ce faisant, de faire apparaître les logiques de fonctionnement – la « grammaire » – des institutions étudiées (Van Campenhoudt et *al.*, 2017). Concrètement, il s'agissait d'abord de relire (et retranscrire, le cas échéant) l'ensemble des notes de terrain qui ont été prises à partir de la grille d'observation, en commençant à repérer les répétitions, les convergences et les divergences, susceptibles de révéler les thèmes les plus importants et de créer de nouvelles catégories d'analyse. Le travail de triangulation et de thématisation systématiques n'a toutefois été réalisé qu'à partir de la deuxième relecture, qui a permis de jeter un regard beaucoup plus transversal sur le matériau brut. Par un aller-retour continu et itératif entre les données brutes et les thèmes ou catégories qui en émergeaient de manière inductive, il est alors devenu possible de construire un véritable arbre thématique – ou typologie – rendant compte des observations effectuées (Bardin, 2013 ; Paillé et Mucchielli, 2016 ; Van Campenhoudt et *al.*, 2017).

Et c'est seulement après avoir ainsi préparé et traité les données brutes qu'on a à nouveau fait intervenir explicitement la *théorie* – deuxième volet de la recherche sur le plan méthodologique. Et il ne s'agissait pas alors de « plaquer » Foucault sur les données pour leur faire dire ce qu'on aurait voulu qu'elles disent, à savoir tout ce qui corroborerait les hypothèses de la recherche. Il s'agissait plutôt de faire *dialoguer* de manière critique à la fois ces observations « empiriques » – et les catégories qui en émergent –, quelques concepts foucauldien et les concepts que la psychothérapie institutionnelle a elle-même développés à partir de sa clinique et de ses propres référents théoriques – dialogue ou « triologue » critique dont

rendront compte les prochains chapitres de ce mémoire. Là encore, on le verra, ce dialogue se voulait résolument multidirectionnel et *itératif*, il devait permettre revenir sans cesse des concepts aux observations, et des observations aux concepts, pour les croiser, les faire passer les uns dans les autres, les « tisser » (Couturier et *al.*, 2006). On pourra sans doute y voir une opération jamais achevée de *traduction* – sans doute plus que d’induction ou de déduction –, du moins si on comprend ce terme en son sens radical, étymologique, qui est de « faire passer d’un lieu à l’autre » – ici d’abord de l’empirique au théorique, et du théorique à l’empirique et surtout à la clinique, mais aussi d’un lieu théorique, d’une « topique » à l’autre –, tout en laissant aussi une place importante au hasard, aux chemins hasardeux qui existent entre ces lieux, mais dont on ne sait jamais à l’avance où ils mènent, chemins dont l’exploration sera comprise ultérieurement, sur un plan méthodologique, en tant qu’*abduction*, laquelle se révélera aussi l’un des concepts cliniques fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle (cf. *infra* : §4.3.9). En multipliant ainsi les points de vue, les angles d’interprétation, il deviendra certainement possible de jeter un nouveau regard sur la psychothérapie institutionnelle, ses pratiques et les discours auxquels elle se réfère aujourd’hui – et par lesquels les sujets, soignés ou soignants, peuvent se resubjectiver –, pour ensuite mieux cerner sa pertinence, ses apports possibles, mais aussi ses limites dans le champ du travail social en santé mentale. C’est bien sûr tout le sens de la présente recherche.

3.5 Quelques considérations éthiques et déontologiques

Toute recherche qui s’appuie sur un dispositif d’observation directe soulève plusieurs enjeux éthiques et déontologiques qu’il est nécessaire d’explicitier et de prendre en compte à toutes les étapes de la recherche. C’est d’autant plus le cas lorsque cette observation est participante, le chercheur jouant alors un double rôle qui peut parfois entraîner une confusion dans ses interactions avec les participants. De plus, comme l’espace social et institutionnel qui allait être observé par le chercheur est aussi et d’abord le milieu de vie de personnes particulièrement vulnérables – qui présentent des troubles de santé mentale souvent sévères et persistants –, le dispositif méthodologique a été entièrement pensé et élaboré avec la direction de recherche afin d’assurer le respect et le bien-être de ces personnes tout au long du processus de recherche, de la collecte des données à la diffusion des résultats.

Sur un plan « institutionnel » et administratif, d’abord, le stage de recherche au cours duquel a été mis en place le dispositif d’observation participante a fait l’objet d’une convention tripartite entre la clinique, le chercheur et son université d’appartenance (cf. annexe B). À cette convention a été annexé un formulaire d’autorisation à la recherche (cf. annexe C) comportant une clause explicite de consentement dans

laquelle la clinique (et sa direction) acceptait que le stagiaire mène une recherche en s'appuyant sur une méthode d'observation participante, dont les modalités concrètes (horaires, lieux, hébergement, rôles, etc.) étaient également précisées. Enfin, le formulaire d'autorisation à la recherche contenait aussi une clause sur les principes et normes éthiques et déontologiques que le chercheur s'engageait à respecter, notamment en ce qui a trait au consentement des participants et à la confidentialité de certaines informations recueillies au cours de la recherche.

Par souci de transparence et pour faciliter l'intégration du chercheur dans le milieu où il allait réaliser ses observations, la recherche a d'abord été publicisée le plus largement possible : des annonces ont d'abord été faites ou affichées à la fois dans le journal hebdomadaire *Les nouvelles labordiennes* (cf. annexe D), sur les tableaux d'affichage de différents locaux et lieux d'activités fréquentés par les patients et par le personnel (dont le local de l'Association culturelle ; cf. annexe E), ainsi que, verbalement, dans les diverses réunions ou activités où se retrouvent régulièrement le personnel soignant et/ou les pensionnaires (des rappels ont aussi été faits régulièrement lors des interactions individuelles avec les participants). En plus de présenter succinctement le chercheur, ces annonces précisaient également les objectifs de la recherche, sa méthodologie et les principes déontologiques qu'elle s'engageait à respecter. Le chercheur s'est ainsi assuré que l'ensemble des participants potentiels (à savoir l'ensemble des personnes qui vivent, séjournent ou travaillent à la clinique de Cour-Cheverny) possédaient toutes les informations pertinentes sur le projet de recherche pour pouvoir consentir à y participer de manière libre et éclairée.

De plus, le chercheur s'est engagé à garder strictement *anonymes* l'ensemble des données et informations qu'il allait recueillir au cours de sa recherche au sujet des pensionnaires de la clinique (seuls des pseudonymes ou des initiales fictives ont pu être utilisés pour identifier les patients par codage). De plus, lors de la diffusion des résultats de sa recherche, le chercheur s'est engagé à ne pas inclure d'informations qui permettraient d'identifier explicitement un ou des pensionnaires de la clinique. Les mêmes règles d'anonymat et de pseudonymat ont également été observées pour l'ensemble des données recueillies au sujet des membres du personnel de la clinique, sauf exception, par exemple si certains membres du personnel souhaitaient être identifiés par leur nom véritable (des formulaires de consentement ont été prévus à cet effet). Enfin, le chercheur s'engageait aussi à garder strictement *confidentielles* l'ensemble des informations personnelles ou cliniques auxquelles il allait être inévitablement exposé ou avoir accès au sujet des pensionnaires de clinique, que ce soit dans le cadre des réunions cliniques du personnel

soignant ou dans ses interactions, individuelles ou collectives, avec des membres du personnel et/ou des pensionnaires de la clinique.

Comme la collecte de données reposait sur une méthode ethnographique d'observation participante et que le chercheur allait non seulement observer le milieu, mais aussi y participer et y intervenir activement à titre de « moniteur-stagiaire » (intervenant), un certain rapport d'autorité ou d'influence aurait pu être perçu par les personnes (patients ou pensionnaires) qui séjournent à la clinique. Bien que cette observation participante ne supposait pas la collecte de données personnelles ou identificatoires sur ces personnes, le chercheur s'est néanmoins assuré que ces personnes consentaient à être observées dans leur milieu de vie et leur a rappelé régulièrement qu'elles pouvaient se retirer à tout moment du projet et demander à ne pas être observées, et ce, sans le moindre préjudice, sans que cela ne porte atteinte à leurs droits préexistants d'accès aux soins et services offerts par la clinique, et sans avoir à fournir la moindre justification (aucune donnée, même non identificatoire, n'aurait alors été recueillie sur ces personnes, et, le cas échéant, les données précédemment recueillies auraient été détruites). Ces informations concernant le droit de retrait, incluant la procédure à suivre pour se retirer, ont été incluses dans l'ensemble des documents qui visaient à fournir aux participants les informations pertinentes sur le projet de recherche.

L'ensemble des données brutes recueillies pendant la recherche ont été – et sont toujours – conservées dans un lieu sécurisé, et le resteront pour une durée de cinq ans après la fin officielle de la collecte de données. Elles seront ensuite détruites de manière sécuritaire selon les méthodes recommandées (notamment par le reformatage complet des disques durs et autres périphériques de stockage), en respectant les normes et protocoles en vigueur. En revanche, les résultats de la recherche seront, eux, communiqués collectivement aux responsables de la clinique où la collecte de données a été réalisée, d'abord par courriel sous la forme d'un hyperlien vers le site Archipel (UQAM), où le mémoire pourra être consulté et téléchargé. Une présentation du mémoire et des principaux résultats de la recherche pourrait également être organisée – en personne ou par visioconférence – lors d'une rencontre-conférence avec des responsables, intervenants et pensionnaires de la clinique, en collaboration avec son Club thérapeutique et son Association culturelle.

CHAPITRE 4

ANALYSE(S)

4.1 Le Terrain

4.1.1 Les attentes

On pourra dire sans se tromper que cette recherche de terrain s'est laissée longuement désirée – et qu'elle a été patiemment préparée sous le signe de l'attente et parfois, paradoxalement, de l'impatience. Les premiers contacts avec la Clinique de la Borde – notamment avec sa Commission des stages, dite « Comstage », responsable de l'organisation des stages à la clinique – remontent en effet à la fin du mois de janvier 2020, quelques jours à peine avant que l'Organisation mondiale de la santé ne décrète « l'état d'urgence de santé publique de portée internationale » afin de faire face à ce nouveau virus, encore mystérieux, qui se répandait comme une traînée de poudre partout dans le monde. Mais la plupart d'entre nous étions encore loin de nous douter que nos vies allaient en être complètement et durablement bouleversées.

Initialement prévue au printemps 2021, l'observation participante à la Clinique de la Borde a donc été reportée à plusieurs reprises – à l'été, puis à l'automne, et finalement à la fin de l'automne 2021 et au début de l'hiver 2022 – en raison de la situation sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 et des directives gouvernementales, qui interdisaient notamment les voyages non essentiels à l'étranger, dont les voyages universitaires. L'évolution de cette situation paraissait si incertaine tout au long de l'année 2021 qu'il a même été sérieusement envisagé d'annuler tout simplement cette recherche de terrain. Mais en septembre 2021, une petite « fenêtre sanitaire » s'est brièvement entrouverte pendant quelques semaines, juste avant l'explosion pandémique provoquée par le nouveau variant Omicron : il était alors possible d'obtenir une dérogation spéciale de l'université pour se rendre à l'étranger à des fins de recherche, dérogation qui fut aussitôt demandée et obtenue à la fin septembre. Les étoiles semblaient finalement s'aligner, la Clinique de la Borde donnant également son accord, à la mi-octobre, pour cette observation participante qui devait se dérouler sur une période de huit semaines, du 15 novembre 2021 au 9 janvier 2022. Tout s'est alors bousculé : en quelques semaines à peine, et dans ce contexte fortement bouleversé par la pandémie, il s'agissait d'effectuer à la hâte une multitude de démarches administratives, universitaires et personnelles exigées par ce genre de déplacement à l'étranger – demande de visa auprès

du consulat, obtention des autorisations à la recherche, demande d’approbation éthique, etc. Le soir du 3 novembre, passeport et visa en poche, je prenais finalement place dans un avion à destination de Paris.

Ces considérations sont plus qu’anecdotiques : la pandémie a non seulement marqué la préparation (im)patient de ce voyage de recherche qui était devenu, à l’automne 2021, presque impossible et donc inespéré, mais aussi l’ensemble de la collecte de données par observation participante, laquelle s’est déroulée, il faut le souligner, dans une clinique psychiatrique très perméable à la société environnante où circulent librement et interagissent plus d’une centaine de personnes chaque jour. La clinique avait d’ailleurs connu une importante éclosion de COVID-19 en 2020, laquelle a laissé des traces, attisant les inquiétudes – qui prennent souvent une texture particulière en milieu psychiatrique – et modifiant considérablement certaines habitudes et manières de faire, y compris sur les plans clinique et institutionnel. Aussi faut-il souligner que ces mesures sanitaires auxquelles nous nous sommes habitués dans les dernières années – port du masque, distanciation, isolement, etc. – ne sont jamais anodines en contexte psychiatrique (où des mots comme isolement et confinement, on le sait, portent une lourde histoire), et sans doute d’autant plus dans une clinique de psychothérapie institutionnelle dont tout le travail de soin repose essentiellement sur les *rencontres*, les relations, les réunions. Cette recherche a été entièrement préparée et réalisée en temps de pandémie – et elle en fut nécessairement marquée, comme d’ailleurs la clinique où elle a été réalisée, comme le reste de la société sans doute. La petite « fenêtre sanitaire » qui l’a rendue possible à l’automne 2021 s’est d’ailleurs rapidement refermée avec l’arrivée du variant Omicron, à la fin novembre, et la multiplication des infections partout dans le monde ; la clinique était alors sur un pied d’alerte, particulièrement à l’approche du temps des Fêtes.

Après de longs mois d’attente, je suis donc enfin arrivé à Blois, la petite ville la plus proche de La Borde, dans le Loir-et-Cher (région Centre-Val de Loire), un soir pluvieux de novembre. L’attente n’était pas terminée, à vrai dire, car il manquait encore une pièce au casse-tête avant de pouvoir entreprendre la recherche de terrain : la certification éthique. Une approbation conditionnelle ne fut obtenue que le 22 novembre, mettant fin à cette nouvelle attente, mais repoussant d’autant le début officiel de la collecte de données – qui s’est finalement déroulée sans interruption du 22 novembre 2021 au 10 janvier 2022.

Un matin frisquet, j’ai ainsi rendez-vous à la gare de Blois-Chambord pour prendre une « chauffe » – nom donné à ces voitures qui font la navette plusieurs fois par jour entre la clinique et différents lieux à proximité, principalement à Blois (cf. aussi *infra* : §4.3.6-7) – qui doit m’amener à La Borde, située à une

vingtaine de minutes. La chauffe en question a un peu de retard sur l'horaire prévu, mais j'attends patiemment en terminant mon café – après ces longs mois d'attente, je n'en suis certainement plus à quelques minutes près... Je finis par apercevoir une mini-fourgonnette blanche, anonyme, qui s'arrête dans le stationnement de la gare et qui semble elle aussi « attendre » quelque chose – ou peut-être quelqu'un... Peut-être est-ce en effet une attente partagée, de ces attentes qui promettent une rencontre : n'attends-je pas cette chauffe et ces « chauffeurs » qui m'attendent en retour ? Je m'approche à la fenêtre du véhicule pour demander : « Êtes-vous la chauffe de La Borde ? » — « Oui, montez ! »

On pourra considérer que l'observation participante – le terrain proprement dit de cette recherche – a commencé à ce moment précis, un peu avant midi, ce matin-là, sur le parvis de la gare de Blois-Chambord. Je monte donc dans la chauffe avec mon énorme valise. Je suis le seul passager à l'arrière ; à l'avant, deux personnes, un homme d'un certain âge et une jeune femme dans la vingtaine, qui « font la chauffe », comme on dit dans le jargon labordien. J'apprends quelques minutes plus tard, non sans un certain étonnement, qu'ils sont tous les deux pensionnaires à La Borde ; pas de moniteur (intervenant) pour les accompagner, donc, comme on pourrait s'y attendre dans la plupart des cliniques ou hôpitaux, si tant est qu'on puisse leur offrir même la possibilité de conduire de telles navettes. L'homme est au volant ; la jeune femme, discrète, s'occupe quant à elle de l'ambiance musicale depuis son téléphone portable connecté au système audio du véhicule. Aux rythmes et aux paroles des Mickey 3D, Têtes raides et Mano Solo, nous traversons d'abord le centre-ville de Blois, puis la Loire – plus long fleuve de France –, avant de nous enfoncer un peu plus loin dans la forêt de Sologne, en route vers la clinique.

*Il y a sûrement des pays qui valent le coup
Il y a sûrement des routes qui mènent un peu partout
Il y a sûrement des enfants rebondissant sur le ventre des éléphants [...]
Il y a sûrement des serpents charmeurs à qui faire confiance
Militants pour l'abolition de la souffrance.*

— Mano Solo, « Des pays », *Dehors* (2000)

4.1.2 Qu'est-ce que je fous là ?

Il n'est pas simple d'« arriver » à La Borde. La clinique apparaît presque inévitablement au nouveau venu comme une véritable fourmilière où s'affairent en tous sens des centaines de personnes, sans ordre apparent. Au premier abord, en effet : une impression de désordre, peut-être même de chaos, *a fortiori* sans doute si on s'attend à y trouver un « hôpital » comme les autres, avec chaque chose et chaque

personne à sa place, selon un ordre et des statuts hiérarchiques et disciplinaires bien définis. Rien de tel à La Borde. Assez rapidement, toutefois, on prend conscience que ce désordre n'est peut-être qu'apparent, comme pour une fourmilière ou une ruche justement, et que l'ensemble est sans doute, non pas forcément plus ordonné, mais certainement plus *co-ordonné* qu'on ne l'avait d'abord cru : on constate qu'il s'agit sans doute davantage d'une *complexité* que d'un chaos ou d'un désordre – et ne reste bien vite de ces premières impressions chaotiques qu'un goût, un sentiment de liberté, d'ouverture, de créativité, d'audace – cette audace qui, par exemple, mais ce n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres, fait en sorte qu'il soit possible pour des pensionnaires de faire une « chauffe » sans surveillance directe (sans surveillance ne voulant pas dire sans une certaine « veillance » ou vigilance, à la fois institutionnelle et médicale). Reste qu'il n'est pas simple non plus d'arriver dans une telle complexité, fut-elle empreinte de liberté et de créativité. Le fondateur de la clinique, le psychiatre Jean Oury (2014b), décédé en 2014, en avait bien conscience :

Quelle place ai-je dans cette complexité ? [...] Quelle place j'ai [...] quand j'arrive à La Borde ? Un lieu inconnu – pas pour longtemps – mais qui reste de l'ordre des hypothèses, des inférences [...]. On est toujours en chemin : c'est ce qui est à préserver. À la limite, si on vient ici pour trouver quelque chose, c'est fini d'avance !

En ce sens, peut-être n'arrive-t-on jamais vraiment à La Borde, donc, si « arriver » consiste justement à trouver quelque chose, à trouver une place qui serait déjà là, déjà faite, prête à prendre. Tout à La Borde invite plutôt précisément à *ne pas* arriver, pas tout de suite en tout cas, à rester en chemin, à rester encore un peu en retrait, *ailleurs* – car « il faut être ailleurs pour pouvoir être ici », aimait dire Félix Guattari⁵, qui a vécu presque toute sa vie à La Borde, tout en étant sans doute toujours ailleurs aussi, et peut-être parfois trop, ce qui lui rapprochera d'ailleurs Oury (cf. aussi Laffitte, 2014 ; Oury et Sivadon, 2013). « Arriver » serait donc une sorte de piège, avertissaient déjà, presque d'une même voix – discordante –, Oury et Guattari : les difficultés – notamment sur le plan clinique, mais peut-être aussi sur le plan méthodologique – commenceraient justement quand l'on croit être arrivé, quand l'on croit avoir compris ce qui se passe et que l'on se sent donc un peu chez soi, que l'on sent que « ça va de soi » (Oury, 1992). La Borde provoque presque invariablement un fort sentiment d'étrangeté, d'inquiétante étrangeté, chez les personnes qui y mettent les pieds pour la première fois – des centaines de « fous » et de « folles » qui tournent autour d'un château au milieu de la forêt –, et l'on a tôt fait de vouloir tout comprendre, ne serait-ce que pour se

⁵ Guattari reprenait en cela un vers de la grande épopée de Virgile, *Énéide*, poème de dix mille vers écrit entre 29 et 17 avant J.-C. qui raconte les voyages et aventures d'Énée, ancêtre mythique des Romains.

rassurer un peu. Oury invitait plutôt à garder ce sentiment d'étrangeté, même s'il est parfois difficilement supportable, le plus longtemps possible, et à l'éprouver ensuite le plus souvent possible, à y revenir sans cesse comme le signe le plus sûr d'une possible « prise » sur ce qui se passe réellement à La Borde. Préserver ce sentiment d'inquiétante étrangeté, fut-il angoissant, donc, et se reposer sans cesse la question de ce qui ne va jamais de soi : « Qu'est-ce que je fous là ? » (Oury, 1986 ; 1992) – question clinique par excellence et véritable axiome de la psychothérapie institutionnelle, question éminemment éthique du *désir* de celui qui arrive, qui est là, à La Borde, désir qui apparaîtra comme le point de « croisement d'un cheminement personnel, subjectif, avec celui collectif d'une institution » (Pouillaude, 2014 : 190). On comprendra tout au long des prochains chapitres le sens que l'on peut donner, dans une perspective clinique, à ces « axiomes », à ces invitations un peu étranges qui sont rappelées régulièrement quand on arrive à La Borde : aller (un peu) ailleurs pour pouvoir être véritablement ici –, rester le plus longtemps possible (comme un) étranger à La Borde, se demander sans cesse ce qu'« on » peut bien « foutre » ici...

« Qu'est-ce que je fous là ? » On pourrait évidemment croire que cette question ne se pose pas vraiment pour un chercheur, dans un contexte de recherche comme c'est le cas ici : pourquoi un chercheur viendrait-il à La Borde sinon, comme tout chercheur, pour trouver quelque chose, par exemple pour « trouver » ce qu'est la psychothérapie institutionnelle ? Aussi est-il toujours tentant, pour un chercheur comme pour un soignant d'ailleurs, de *gommer* la question, cette question vertigineuse du désir, pour se rabattre aussitôt sur une grille d'observation bien pensée, bien structurée, qui permettra de trouver ce que l'on cherche, et peut-être même, pire, de trouver ce que l'on est venu trouver, de manière pour ainsi dire objective. Et pourtant, on réalise bien vite que cette question centrale de la psychothérapie institutionnelle se pose au contraire avec une acuité et une pertinence particulières pour le chercheur qui arrive à La Borde. Pour plusieurs raisons, sans doute, mais la première et principale tient probablement au dispositif méthodologique qui a été choisi et construit pour mener cette recherche, celui de l'observation participante, dans laquelle le chercheur est non seulement appelé à observer, mais aussi et surtout à participer activement – ici en tant que « soignant » – au milieu social et institutionnel qu'il observe. Et comme il « observe en participant », il apparaîtra donc non seulement pertinent, mais incontournable et nécessaire, que le chercheur se pose lui-même cette question cardinale de ce qui est l'« objet » même de sa recherche, et certains diraient même l'objet de son *désir* de chercheur, à savoir la psychothérapie institutionnelle : pour commencer à éprouver quelque chose de celle-ci, pour espérer pouvoir commencer à faire (et) vivre quelque chose de la psychothérapie institutionnelle, il faudra d'abord se poser cette question-axiome – érigée en principe éthique, d'une éthique du soin et du désir – que sont appelés à se

poser et se reposer sans cesse tous les soignants – et peut-être aussi, différemment, les soignés – dans une clinique de psychothérapie institutionnelle. Se la poser authentiquement, c'est peut-être commencer à faire (et) vivre la psychothérapie institutionnelle, c'est peut-être la condition préalable pour commencer à saisir quelque chose de ce qui se passe dans un lieu comme La Borde.

En ce sens, on remarquera aussi – et c'est sûrement l'autre grande raison qui en explique la pertinence, la nécessité – que cette question toute simple, « Qu'est-ce que je fous là ? », et le sentiment d'étrangeté qui devrait l'accompagner si elle est posée avec le sérieux qu'elle requiert, sont loin d'être contradictoires avec une authentique démarche de recherche, du moins si la recherche ne consiste pas justement et simplement à toujours « trouver ce que l'on cherchait », ce que l'on voulait trouver, donc ce que l'on savait – à l'avance – que l'on trouverait⁶. La question-axiome de Jean Oury a notamment mais précisément pour fonction, cette fois sur un plan clinique, ou clinico-existential, d'éviter cet écueil inhérent non seulement à toute recherche, mais aussi à toute clinique, c'est-à-dire de croire que l'on sait déjà, *a priori*, ce que l'on va trouver, ce que l'on va faire (ou foutre...), etc. Elle vise donc à placer le soignant, le clinicien « institutionnel », très précisément dans une *posture de recherche*, de quête, de questionnement permanent, dans la mesure où c'est seulement à cette condition qu'il pourra éventuellement trouver ou inventer quelque chose (et probablement pas ce qu'il croyait), qu'il pourra y avoir « trouvailles », rencontres et créations. En somme, cette question peut apparaître comme une sorte d'équivalent clinique et éthique de la *rupture épistémologique*, rupture clinico-existential qui, dans le contexte de la présente recherche, qui en est un d'observation participante et *soignante*, vient pour ainsi dire redoubler ou prolonger les ruptures épistémologiques et méthodologiques – sorte d'*époché* ou de « réduction phénoménologique poussée à l'extrême [...], réduction jusqu'à l'étrangeté » (Oury, 1992 : 145) par la mise en suspens de tout ce que l'on sait ou croit savoir, notamment de soi et de son désir (cf. aussi *supra* : §3.4). Une authentique recherche en psychothérapie institutionnelle – ou même en travail social – ne saurait donc en faire l'économie, au risque non seulement de ne rien trouver, mais surtout de rater ce point

⁶ Il s'agit d'un problème épistémologique et méthodologique classique, notamment en sciences humaines et sociales, où beaucoup de recherches ne « cherchent » finalement pas grand-chose, mais ne font finalement que trouver ce qu'elles prétendent chercher, ce qu'elles veulent trouver, à savoir ce qui confirme leurs hypothèses de recherche (cf. par ex. : Van Campenhoudt, L. et *al.*, 2017b). D'où cette adaptation d'un célèbre apocryphe que l'on proposait l'an dernier dans un séminaire de recherche à l'Université du Québec à Montréal : « Des chercheurs qui trouvent ce qu'ils cherchent, on en trouve ; mais des chercheurs qui ne trouvent pas (seulement) ce qu'ils cherchent, on en cherche... » L'apocryphe, attribué à Charles de Gaulle et même daté (1965), mais qu'il n'aurait finalement jamais prononcé (cf. Langlais, 2014), était : « Des chercheurs qui cherchent, on en trouve ; des chercheurs qui trouvent, on en cherche. »

névralgique où le désir du chercheur rencontre le désir du clinicien – qui est finalement celui du *sujet désirant* derrière ces « fonctions », du sujet désirant rencontrant d'autres sujets désirants. C'est à partir de ce « point de désir », de ce noyau désirant, qu'il sera possible de commencer à tracer quelques lignes de désir, lesquelles seules, on le verra bientôt, peuvent être créatrices d'institutionnel au sens où l'entend la psychothérapie institutionnelle (Oury, 1992). Ce sera donc sans surprise que l'on retrouvera cette question, sous différentes formes, tout au long du présent travail visant à rendre compte de cette recherche de terrain à La Borde, recherche qui, après tout, pourra apparaître comme une véritable recherche *clinique* en psychiatrie ; aussi constatera-t-on qu'elle a été à plusieurs moments un précieux outil d'approfondissement de cette recherche, sans doute en ce sens où il ne s'agissait plus alors simplement d'un sujet-chercheur qui interrogeait un objet de recherche, mais plutôt, inversement, d'un objet de recherche – et sans doute de *désir* – qui interrogeait un sujet chercheur et désirant, voire d'un sujet chercheur qui s'interrogeait lui-même et son désir – dans son faire et son « foutage » –, à *travers son objet de recherche et de désir*. Au fond, on remarquera que ce sont même ces catégories fondamentales et dichotomiques de la logique moderne, celles du sujet et de l'objet, si importantes dans et pour les sciences expérimentales et (donc) en « recherche » – et dans lesquelles Oury (1992) voyait l'une des racines profondes de nos aliénations contemporaines, aussi bien intellectuelles qu'existentielles et sociales –, qui se voient alors brouillées et radicalement remises en question par cette prise en compte du désir. On reconnaîtra ici bien sûr le cœur même de la démarche freudienne et du travail psychanalytique, dont on a déjà souligné l'importance dans la psychothérapie institutionnelle et que l'on retrouvera donc forcément *partout* sur le terrain, notamment à travers ce concept – et principal levier psychothérapique, en psychanalyse comme en psychothérapie institutionnelle – qu'est le *transfert*, « instance de déchiffrement par excellence de ce qu'il en est du désir » (Oury, 1992 : 136-7, 145) :

Étant donné sa démarche clinique, Freud doit tracer un sillon dans un domaine encore inexploré, et il se voit obligé de privilégier « le désir » [...]. Or, le fait de tenir compte du désir remanie forcément cette sorte de dichotomie sujet-objet. D'où la distinction qu'il établit entre l'objectivité et l'objectalité. L'objectal, c'est ce qui est mis en question par l'objet du désir, qui n'est pas un simple "objet" [...].

Une recherche en psychothérapie institutionnelle, et qui plus est une recherche *participante*, ne saurait donc être « objective » – ce serait là la suprême illusion et la suprême aliénation contre lesquelles lutte précisément la psychothérapie institutionnelle –, mais seulement et radicalement « objectale », en ce qu'elle met forcément en cause le désir du chercheur en tant que sujet désirant. On pourra aller plus loin et soutenir que c'est le cas de *toutes recherches*, et pas seulement en psychothérapie institutionnelle, ni

même seulement en travail social ou en sciences sociales (bien que ce soit particulièrement le cas dans ces domaines) : recherche et désir sont toujours fortement intriqués, indissociables ; on recherche ce que l'on désire et on désire ce que l'on recherche, pourrait-on dire, et même si ce n'est pas toujours – ni le plus souvent – consciemment, même si l'on ne sait pas toujours quel est le véritable objet de ce désir et de cette recherche. C'est peut-être précisément ce qu'il y a toujours d'abord à chercher : *mais qu'est-ce que je fous là ?*

4.1.3 L'épreuve

Il n'est pas simple d'« arriver » à La Borde, donc. Peut-être même n'y arrive-t-on jamais vraiment, et peut-être serait-ce un piège que d'y arriver, ou plutôt de croire que l'on y est arrivé ; peut-être y arriverait-on vraiment quand on ne croirait plus pouvoir « y arriver ». Jeté au milieu de cette prodigieuse complexité de relations humaines – vaste réseau de relations socio-symboliques et institutionnelles qu'il n'est même pas possible de commencer à circonscrire en deux petits mois de terrain –, on se retrouve là sans repères, et en se faisant répéter qu'il ne faut pas trop vite « trouver ses repères », justement, qu'il faut préserver l'étrangeté, qu'il faut rester en chemin. Bref, tous les ingrédients sont réunis pour que se pose inévitablement, dès le premier matin, cette question-axiome clinique : « Mais qu'est-ce que je peux bien foutre ici...? ».

Arriver à La Borde : Jean Oury (2014b) en parlait d'ailleurs comme de « l'épreuve », épreuve d'autant plus éprouvante sans doute qu'elle vient forcément interroger le désir, au sens psychanalytique et vertigineux du désir inconscient, c'est-à-dire de ce qui est « à la base de toute existence » (Oury, 1992 : 145) et qui est souvent aussi intriqué à ce qu'il y a de plus douloureux, voire traumatique en chacun de nous, mais aussi par là de plus positivement singulier. Sans doute l'objet du désir – et donc de recherche... – ne peut jamais être véritablement approché que dans une certaine *angoisse* (cf. aussi Lacan, 2004). Toute la question méthodologique est alors de se donner les moyens pour tracer un chemin qui permettra de passer, comme le suggérait l'ethnopsychanalyste Georges Devereux (1980), *de l'angoisse à la méthode* – non pas en cherchant à fuir ou à nier cette angoisse, donc, mais plutôt en explorant les soubassements, en l'éprouvant comme le signe le plus sûr de « *ce qui ne trompe pas* » (Lacan, 2004) et qui indique alors le chemin vers l'objet de recherche, au sens de l'objectalité du désir et non d'une soi-disant objectivité scientifique (cf. aussi Oury, 1986). L'angoisse comme quasi-outil méthodologique, ou comme affect pré-méthodologique, donc, en ce qu'elle pointerait toujours vers ce « point de désir » à partir duquel il sera possible de construire un objet de recherche. On y reviendra.

Arriver à La Borde est une épreuve peut-être d'autant plus éprouvante et parfois angoissante aussi qu'elle nous place immédiatement et brutalement devant la *folie* – et qui plus est, devant une folie qui ne se manifeste sans doute pas exactement de la même façon qu'ailleurs – que ce soit dans la rue, dans les prisons ou dans d'autres hôpitaux psychiatriques –, ne serait-ce que parce qu'elle est ici (com)prise et « construite » dans et par d'autres discours et pratiques que ceux, aujourd'hui dominants, de la psychiatrie scientifique et de la santé mentale (cf. *supra* : §1.6 et §2.2-3). On retrouve ici bien sûr l'hypothèse centrale de toute la présente recherche, qu'il est encore possible de radicaliser – à défaut de pouvoir déjà la confirmer – en avançant qu'il ne s'agit pas, au fond, de la « même » folie, qu'il s'agit bien d'une *autre folie*, d'une folie irréductiblement *autre*. Tout le sens de cette recherche était donc justement d'aller voir et même éprouver quelle est cette folie autre, d'aller voir quels sont les pratiques et discours alternatifs – ceux de la psychothérapie institutionnelle – qui participent à la construire, à lui donner forme ; les prochains chapitres en rendront compte en détail. Pour l'instant, on voudra surtout insister : si *toute* folie comporte certes en elle-même, en vertu de son altérité radicale qui la définit, un fort potentiel angoissant pour celui qui s'y confronte, cette *folie autre* – une *altérité autre*, donc – telle qu'on la rencontre à La Borde est peut-être d'autant plus angoissante, et parfois « choquante » ou déroutante, qu'il s'agit justement d'une folie qui n'est pas enfermée ou emmurée, qui n'est pas réprimée, muselée, piétinée ou étouffée – c'est d'ailleurs tout le projet de la psychothérapie institutionnelle en tant que psychiatrie déconcentrationnaire, depuis la Deuxième Guerre mondiale et le trauma des camps de concentration : « libérer la folie », si l'on veut, la libérer d'abord de ses chaînes matérielles et asilaires, mais aussi, ensuite, de ses chaînes symboliques et discursives, comme celles qui en font aujourd'hui un « problème de santé mentale » dont on pourrait se « rétablir » à coup de médicaments, d'*empowerment* et d'autres gadgets thérapeutiques.

« Libérer la folie » : on se gardera toutefois ici d'en faire un slogan, comme ce put l'être pour certaines antipsychiatries, dans lesquelles libération est d'ailleurs vite devenue synonyme d'abandon, comme dans la désinstitutionnalisation ; il s'agit en fait moins ici d'une folie libérée que d'une folie toujours encore à *libérer*, la libération étant pensée davantage comme un *projet* (« désaliéniste »), comme un *processus* de désaliénation *jamais achevé* inhérent au travail d'analyse et de psychothérapie institutionnelles. Mais pour pouvoir être libérée et désaliénée, encore faut-il que cette folie autre puisse d'abord exister, s'exprimer plutôt qu'être réprimée, se déployer et circuler librement ; encore faut-il qu'elle puisse être *accueillie* et éventuellement *recueillie* – ce qui ne veut pas dire pour autant qu'elle ne sera pas « contenue » – par l'institution, justement –, c'est-à-dire « bordée », « limitée » dans ses expressions et ses manifestations

pathologiques et parfois destructrices. D'où le beau titre du livre de Jean-Claude Polack et Danielle Sabourin (1976), qui est aussi celui d'un film documentaire d'Igor Barrère (1977) : *La Borde ou le droit à la folie* – car c'est bien ce dont il est question ici : non seulement « reconnaître à l'aliéné un droit inaliénable » à vivre pleinement sa folie (un « droit » peut-être plus éthique et « naturel » que véritablement juridique, d'ailleurs), mais aussi lui permettre d'exercer concrètement ce « droit » en créant un lieu et des occasions où il pourra l'exprimer et la déployer, une institution qui l'accueillera et la recueillera. Or, cette folie autre dont on tolère et favorise l'existence et l'expression, y compris dans ses manifestations les plus exubérantes et détonantes, peut souvent surprendre, fasciner, faire sourire ou même rire ; il n'est pas rare non plus qu'elle soit carrément effrayante, dégoûtante et même angoissante, particulièrement lorsqu'on se voit « pris », happé dans le transfert psychotique. Peut-être plus angoissante, en tout cas, qu'une folie déjà liée, emmurée, attachée, contenue – physiquement ou chimiquement – ou même « réadaptée », ce qui peut alors donner une impression rassurante de maîtrise et de contrôle, bien que ce soit souvent là précisément, c'est bien connu, que cette folie se déploie dans sa symptomatologie la plus dévastatrice et dans ses manifestations les plus violentes – c'est seulement lorsqu'on l'enchaîne qu'elle se déchaîne, pourrait-on dire. Il y a néanmoins à La Borde ce qu'on pourrait appeler de « grands fous », dont on sent que leur « grandeur » – parfois magnifique – aussi bien que leur folie sont non seulement tolérées mais accueillies, prises en compte, voire souvent « favorisées » pour être canalisées dans ses expressions les plus créatrices, et notamment dans tout ce qui précisément relève de l'« institutionnel ». Ce n'est pas à dire que seule cette « grande folie » suscite l'angoisse, bien qu'elle le puisse sans doute particulièrement par l'effet de *sur-prise* qu'elle provoque, au sens étymologique de ce qui excède toute « prise », toute capacité d'un (com)prendre qui serait rassurant ; ce sont parfois les « petites folies », voire les petits gestes anodins en apparence – un mot, un regard, une manière d'être – qui viennent nous surprendre, nous toucher ou nous interpeller au plus profond de nous-mêmes. Tout dépend là encore du transfert qui s'établit avec tel ou telle, transfert dans lequel est mis en jeu le désir singulier du soignant.

La psychothérapie institutionnelle, en tant que mouvement « alterpsychiatrique », c'est d'abord la rencontre avec cette altérité radicale qu'est la folie, une folie « franche » faite d'hallucinations et de délires vertigineux, cette « folie de la rue », des postes de police et des hôpitaux psychiatriques, comme la décrivait si justement le psychanalyste Jacques Borie pour la distinguer de la « folie des salons », c'est-à-dire de toutes les petites névroses et « normopathies » qui pullulent aujourd'hui dans les sociétés contemporaines (Borie et *al.*, 2013 ; cf. aussi Enjalbert, 2002 ; Pouillaude, 2012). Cette folie, c'est bien sûr celle qui a été conçue et pensée, plus précisément et « scientifiquement », notamment avec la

psychanalyse et la psychiatrie classique, en tant que *psychose*. Jean Oury, contrairement à d'autres – dont Guattari –, n'aimait pas tellement utiliser le mot « folie », remis à la mode entre autres avec les ouvrages célèbrissimes de Michel Foucault (1972) et des antipsychiatres parus à la même époque – des « succès de librairie », dénonçait-il –, lui préférant ce concept psychanalytique et psychiatrique de *psychose*, beaucoup plus rigoureux sur le plan théorique et opératoire sur le plan clinique. Ce n'est certainement pas un hasard dans l'histoire de la psychothérapie institutionnelle si, à l'époque de son invention, au milieu du 20^e siècle, la psychanalyse française est en train de construire sa première grande théorie des psychoses, de leurs mécanismes propres et de leur traitement (Lacan, 1981) – un terrain sur lequel Freud (2001) s'était certes aventuré, notamment avec son analyse du cas Schreber, mais sans jamais parvenir à en achever la cartographie et encore moins à y construire une véritable clinique. Il sera évidemment essentiel de revenir, dans la suite de cette recherche, sur ce concept psychanalytique de *psychose*, et notamment sur ce qui définit en propre cette structure psychique – la dissociation, la *schize*, telle qu'on la retrouve notamment dans la *schizo*-phrénie –, tant ce concept sera déterminant dans l'invention et le développement de la psychothérapie institutionnelle et de tous ses dispositifs de soin. Il s'agit pour l'instant seulement de marquer que la psychothérapie institutionnelle est en elle-même indissociable de ce concept de *psychose*, qu'elle se structure entièrement à partir du vécu psychotique (Oury, 1980 ; cf. aussi Laffite, 2014), qu'elle se construit entièrement dans la rencontre avec cette « grande folie » que le psychanalyste et psychiatre Jacques Lacan (1981 : 20) commence à théoriser à la même époque comme un « inconscient à ciel ouvert », sans médiation symbolique (cf. aussi Soler, 2008). « Il est impossible de parler de la psychothérapie institutionnelle si on ne parle pas de la *psychose*, c'est inséparable de la théorie qu'on a soi-même, de la théorisation que l'on fait, de façon permanente, de la *psychose* [...] ; sinon cela n'a pas de sens », dira en ce sens Oury (dans Oury *et al.*, 1985 : 16). Quiconque s'intéresse à la psychothérapie institutionnelle, concrètement et cliniquement, se verra donc inévitablement confronté – parfois brutalement, et souvent dans une certaine angoisse – à cette folie, et c'est bien là sans doute le cœur de l'« épreuve » que constitue un séjour de recherche clinique à La Borde :

Ce qui est en question, toujours, ici, c'est comment on se débrouille avec la *psychose*. [...] Au détour d'une réflexion, si l'on est trop obnubilé par je ne sais quelle idée fixe, on se laisse surprendre par la *psychose* : paysage insolite, inattendu, paroi abrupte ou marécage indéfini, son questionnement vous atteint là où vous êtes, sans protection, sans préparation, au plus méconnu de vous-même. (Oury, 1976 : 15)

La rencontre de la folie, de la psychose, en effet, fait souvent vaciller nos mécanismes de défense les plus archaïques, les plus profondément ancrés en nous, ceux qui nous permettent d'éviter, au quotidien, de nous confronter à nos failles, à nos souffrances, à ce qu'il y a de plus douloureux et traumatique – mais sans doute aussi, par là, de plus humain – en nous, dans notre histoire ; la rencontre avec la folie peut donc également, paradoxalement, si l'on n'y fait pas trop attention, et si c'est trop douloureux, *renforcer* ces défenses et nous y enfermer durablement – moyen le plus sûr de ne pas être trop inquiet, certes, mais aussi d'éviter ce dont il est *question*, au fond, dans un lieu comme La Borde, ce qu'il s'agit précisément d'interroger et de susciter dans et par la psychothérapie institutionnelle, à savoir, encore une fois, on y reviendra toujours : le *désir*, le désir de celles et ceux qui sont là. Car c'est bien ce devant quoi nous remet toujours la folie, la psychose, souvent dans cette angoisse qui surgit lorsque sont ébranlées nos défenses les plus tenaces ; la rencontre avec la psychose est, dans tous les cas, une véritable « mise à l'épreuve de notre propre relation au désir » (Oury, 1976 : 17).

[...] Les psychotiques, c'est direct, ils pointent parfaitement où vous en êtes de votre désir [inconscient] ; il y en a même qui savent, des fois, ce qu'on a rêvé [...] ! Et ils ont des antennes énormes, monstrueuses, parfois on marche dessus sans faire attention ; ils ont d'énormes antennes et ils vous repèrent. [...] On peut dire qu'on est mis devant des espèces de radars permanents. (Oury, 1986 : 111)

Il n'est pas simple d'arriver à La Borde, donc. Il n'est sûrement pas exagéré d'y voir avec Oury une forme d'épreuve, qui met en jeu l'être même du sujet, ce qui sous-tend, selon la psychanalyse, son existence – le désir inconscient : *qu'est-ce que je fous là ?* Une épreuve existentielle et éthique, donc, dont on aurait sûrement tort de croire qu'elle pourrait être vécue et « traversée » une fois pour toutes, à un moment T ou M, celui de l'arrivée ou celui du départ, par exemple – bref, qu'elle pourrait être surmontée en quelques jours ou quelques semaines. Au contraire, si l'on se prête au jeu de la psychothérapie institutionnelle, semblable en cela au « jeu » de la psychanalyse, si l'on accepte de se laisser interroger « au plus méconnu » de soi-même, on constate bien vite que cette épreuve n'est jamais entièrement surmontée, que l'énigme du désir n'est jamais entièrement résolue, que tout est encore et toujours à recommencer, à reprendre depuis le début (mais peut-il y avoir un début s'il n'y a pas de fin ?), chaque jour, chaque semaine. C'est là peut-être ce qui décrit mieux l'expérience qui a été vécue tout au long de ce séjour de recherche à La Borde : une *épreuve infinie*, donc, exactement au sens où Freud (2010) a pu parler de *l'analyse infinie* (*undendliche*) – précisément ce qui fait en sorte que l'on n'« arrive » jamais vraiment (à La Borde *comme ailleurs...*), que l'on reste toujours en chemin.

4.1.4 Les fantômes

Reste qu'on finit bien sûr par arriver à La Borde – physiquement, à tout le moins –, en quittant une petite route de campagne, étroite et sinueuse, en s'engageant sur un chemin de terre troué qui se faufile entre de grands arbres et quelques stationnements, jusqu'au château de La Borde, qui est le cœur de la clinique depuis sa fondation en 1953. J'y arrive pour ma part vers midi, ce jour gris de novembre : la chauffe me dépose devant l'entrée principale du château, où quelques personnes, assises dans le petit escalier, fument des cigarettes en silence, sans prêter la moindre attention à l'arrivée de la chauffe. Un moniteur de la clinique, qui est aussi l'un des responsables de la Commission des stages avec qui j'avais eu quelques échanges dans les mois précédents, vient rapidement à ma rencontre pour me souhaiter la bienvenue. Après les salutations d'usage – et un fameux « *fist bump* » devenu à la mode avec la pandémie –, il me propose d'abord de monter au deuxième étage du château pour y déposer ma grosse valise. Nous nous engouffrons dans une tourelle du château, à quelques mètres de l'entrée principale : un petit escalier en colimaçon, sombre et poussiéreux, qui mène directement à ce que les Labordiens appellent le « Local » – vaste espace qui occupe presque tout le deuxième étage du château et qui est composé, d'un côté, d'un long corridor donnant accès aux chambres des stagiaires et de certains moniteurs qui vivent temporairement à la clinique, puis, de l'autre côté, d'une salle de douches et buanderie, d'une cuisine, d'une salle à manger, d'un salon et de quelques chambres additionnelles. Le Local est donc l'un des lieux de vie et de rencontres importants des stagiaires et moniteurs de La Borde – il leur est « réservé », étant l'un des seuls lieux de la clinique auxquels les pensionnaires, en principe, n'ont pas accès, et bien que rien ne les empêche physiquement d'y accéder, la « frontière », la limite étant avant tout symbolique. C'est donc le lieu où stagiaires et moniteurs se retrouvent le plus souvent après – ou avant – les heures de stage ou de travail proprement dit – c'est-à-dire consacrées au travail clinique auprès des pensionnaires –, que ce soit parfois pour manger ou boire un café, pour discuter ou se reposer. J'étais loin de me douter, au moment où j'y ai mis les pieds la première fois, que le Local serait le lieu de la clinique où je passerais incontestablement le plus de temps au cours de mon séjour, comme la plupart des stagiaires, ne serait-ce que dans la mesure où j'allais y dormir et y rêver chaque nuit. Certains « vieux Labordiens » l'avaient d'ailleurs rebaptisé ironiquement le « Bocal », voulant critiquer par là l'espèce de vie parallèle, en vase clos, souvent festive, qui s'y déroule à l'abri des regards et parfois loin de toutes considérations cliniques :

[...] Quand je croise un ou une de ces jeunes stagiaires allègres qui se croient au Club Méditerranée (les stagiaires ont un local, maintenant – j'appelle ça un « bocal » –, au deuxième étage du château, ils ne savent pas avec combien de fantômes ils habitent), j'ai envie de l'engueuler, à tout hasard. Ce serait, j'imagine, injuste. Il ne sait pas sur quoi il

marche et c'est comme ça, La Borde. Le sol est lourd. (Marie Depussé, dans Oury et Depussé, 2003 : 142)

Il est vrai que le sol est lourd à La Borde, tant il est chargé d'histoire(s). Il est vrai qu'en y mettant les pieds la première fois, le premier jour, on ne sait pas trop sur quoi on marche, on ne sait pas trop combien de fantômes on croise ici et là, et encore moins lesquels. On ne le sait pas trop, certes, mais on peut néanmoins le sentir – sentir cette « lourdeur du sol », ce souffle des fantômes. Peut-être même est-ce difficile de ne pas le sentir, particulièrement pour celui qui a une idée – même approximative, sommaire – de l'histoire de ce lieu, où ont passé et vécu depuis près de 70 ans plusieurs milliers de personnes – pensionnaires, moniteurs, stagiaires, visiteurs... Cela participe certainement aussi cette « épreuve » dont parlait Oury (2014b : 9), celle d'arriver ici, l'« épreuve d'être ici, dans ce lieu-dit : "La Borde", avec toutes ses "histoires", tous ses antécédents, et ce qui les entoure. »

Pour ma part, peut-être en raison de la longue attente et de l'incertitude qui ont marqué la préparation difficile de ce terrain – la pandémie ayant menacé sa réalisation même jusque dans les semaines précédentes –, mes premières heures à La Borde, mes premiers jours peut-être, ont quelque chose de manifestement *irréel* ou de *surréal*, un peu comme si tout était enveloppé dans un voile de mystères vaporeux – et il ne s'agit pas seulement de ce brouillard d'hiver du Loir-et-Cher, qui enveloppera la clinique pendant les sept semaines de mon séjour –, bref : un peu comme si tout était un rêve et se passait sur une « autre scène ». Avec le recul de quelques mois, je me demande aujourd'hui si les fantômes auxquels Marie Depussé faisait allusion n'ont pas quelque chose à voir avec ce sentiment, du moins si l'on admet que les fantômes ne sont jamais vraiment étrangers aux *fantasmes* de celui qui les voit, les rencontre ou les sent, comme en témoigne d'ailleurs l'étymologie commune des deux mots – *phantasma*, image de l'esprit, manifestation d'un esprit, qui a justement quelque chose d'irréel ou de surréel, qui est justement de l'ordre du rêve, éveillé ou pas.

Après avoir partagé un repas avec une stagiaire et une monitrice dans l'ambiance chaleureuse du Local-Bocal, je m'installe dans une des chambres libres que l'on m'a attribuée, juste à côté de l'escalier menant aux espaces communs du Local : un dortoir de 4 lits simples – petits matelas recouverts d'une toile de vinyle turquoise –, aux murs défraîchis parsemés de graffitis, à la moquette grise tout aussi défraîchie, tachée et odorante, avec une grande fenêtre offrant une belle vue – quand il n'y a pas trop de brouillard – sur le vaste parc qui entoure le château, sur les terrains de sport et, plus loin, sur l'étang et la garderie que l'on peut deviner entre les arbres. En principe, je serai seul dans cette grande chambre, les trois autres

lits étant pour l'instant inoccupés ; dans les faits, je sens bien que je n'y suis pas si seul, que ces fantômes fantasmatiques du château de La Borde sont partout autour de moi, et sans doute aussi *en moi*.

Décidément, non, il n'est pas simple d'arriver à La Borde – et la plupart des stagiaires rencontrés sur le terrain, une vingtaine en tout au cours des sept semaines, soulignent tous ces difficultés, qu'ils vivent certes chacun à leur façon, différemment, selon la singularité de leur parcours, de leur histoire et de leur désir. Comme si ce n'était pas déjà assez – la complexité, l'inquiétante étrangeté, les doutes, l'angoisse, la folie, la mise en question du désir –, donc, il faudra sans doute aussi se faire ami avec quelques fantômes qui hantent la clinique, il faudra aussi interroger et peut-être « neutraliser » ou traverser quelques fantasmes qui participent à envelopper La Borde dans ce voile vapoureux du rêve et du mystère. La Borde, il faut bien le dire, est une véritable « usine à fantasmes » depuis sa fondation dans les années 1950, sans doute particulièrement pour ceux qui n'y ont jamais mis les pieds (et pour ceux qui finissent par y mettre les pieds aussi, certes, mais le fantasme se confronte alors au moins un peu, et dialectiquement, à quelque chose d'un réel, pour en faire une réalité non pas objective, mais objectale au sens défini plus haut – précisément ce type de « réalité » que la présente recherche a voulu cerner). Et si La Borde est une usine à fantasmes aussi prolifique, cela tient sans doute d'abord aux nombreux *mythes* dont elle est l'objet – le mythe pouvant d'ailleurs être envisagé, dans une première approximation, comme une sorte d'équivalent du fantasme sur le plan de l'histoire collective ou sociale, voire comme un « opérateur » de jonction ou d'articulation entre le fantasme individuel et les structures collectives ou sociales (Oury, 1998a). Aussi cette mythologie labordienne foisonnante contribue-t-elle sans doute massivement à cette production de fantasmes – et peut-être de fantômes – « individuels ».

Jean Oury se méfiait paraît-il beaucoup de ces mythes, lui qui, en tant que fondateur charismatique et psychiatre renommé, en était d'ailleurs l'une des figures principales – une figure mythique, justement, et sans doute d'autant plus mythique depuis son décès en 2014. Il mettait en garde contre toute cette (sur)mythification de La Borde, de son histoire et de ses figures marquantes, estimant qu'elle passe systématiquement à côté – voire *détourne* – de l'essentiel de ce qui se passe dans un lieu comme La Borde et qui précisément peut lui conférer son haut potentiel « soignant », c'est-à-dire, en quelques mots : des *rencontres*, des relations entre des personnes, entre des sujets désirants, et donc entre des vécus, des histoires, des parcours disparates, hétérogènes, chaque fois singuliers, qui se croisent et s'entrecroisent, certes, mais qui ne se laissent absolument pas saisir ni « totaliser » dans une « histoire officielle » ou dans une mythologie qui, par définition, tend à déformer le réel, souvent en l'idéalisant (cf. par ex. : Oury et

Faugeras, 2016 ; Rozier, 2014). Bref, pour celui qui arrive à La Borde, ou qui essaie d'arriver... – car ce n'est pas simple –, toute cette mythologie serait un autre obstacle important empêchant d'accéder au « réel » de la clinique, là où La Borde peut avoir une véritable efficace thérapeutique, sur ce plan des rencontres, des singularités, du transfert et du désir – au même titre sans doute que les fantasmes et l'imaginaire peuvent être eux aussi, à un autre niveau, des obstacles pour accéder au désir... tout en étant paradoxalement la voie royale, la seule voie peut-être, pour dégager et libérer quelque chose de ce désir, à condition bien sûr de les identifier, de les analyser et éventuellement de les « traverser » – leçon de psychanalyse, encore. Oury (1998a) avait évidemment bien conscience de ce paradoxe des mythes et fantasmes, sorte de couteau à double tranchant ; s'appuyant non seulement sur la psychanalyse, mais aussi sur les travaux du sémiologue français Roland Barthes (1957) sur les mythologies, il voyait dans les uns comme dans les autres des figures (paradoxaux, donc) à la fois « *de résistance et d'accès* ».

Arriver à La Borde, rencontrer véritablement La Borde et les personnes qui y vivent, qui y travaillent et qui la font exister au quotidien, toucher quelque chose du réel de ce qui s'y passe et qui se révélera peut-être l'essentiel sinon l'essence – ou du moins un *devenir* – de la psychothérapie institutionnelle, tout cela suppose sans doute en effet de traverser ce voile vapoureux et onirique dans lequel mythes et fantasmes enveloppent la clinique. C'est sûrement une illusion de croire que l'on peut y parvenir complètement, et sans doute n'y arrive-t-on jamais vraiment, à La Borde comme ailleurs – épreuve infinie, analyse infinie... Mais, tout en prenant au sérieux la mise en garde de Oury, et donc sans chercher à contribuer à une (sur)mythification qui serait mystification, il semble néanmoins indispensable d'identifier au moins quelques-uns de ces mythes et fantasmes – sinon pour mieux les traverser et les neutraliser (c'est sûrement là déjà un fantasme, positiviste celui-là), du moins pour reconnaître qu'ils sont là, partout, toujours, comme des fantômes, et qu'ils façonnent inévitablement et profondément l'expérience que l'on aura de la clinique, le regard que l'on portera sur ce qui s'y passe, et donc l'objet même de recherche/désir, l'objectalité que l'on est en train de construire. Sorte de précaution méthodologique, donc.

Mais ce n'est pas non plus *seulement* une précaution méthodologique. Car, on le constate rapidement, dès qu'on arrive à La Borde en fait, et n'en déplaît peut-être à Oury, ces mythes ont aussi une existence et une importance peut-être pas objectives, mais réellement « structurantes », dans la vie et le quotidien de la clinique. Ils ne sont donc pas seulement dans le regard fantasmatique et parfois romantique de celui qui arrive à La Borde et qui cherche à comprendre quelque chose de ce qui s'y passe, mais aussi dans *ce qui s'y passe*, dans *ce qui* est regardé, observé et certes en partie « refantasmé » par la suite. Par exemple,

et pour en rester pour l'instant à des exemples superficiels, on ne compte même plus le nombre de fois où, au cours de ces sept semaines de terrain, des pensionnaires de la clinique ont évoqué le « docteur Oury » – ce qu'il disait, ce qu'il faisait, ce qu'il aurait fait ou dit dans telle ou telle circonstance, et son bureau qui était juste là, un peu mystérieux, et resté inoccupé jusqu'à tout récemment encore, comme une sorte de lieu sacré et donc interdit ; on ne compte plus non plus le nombre de fois où des moniteurs et des stagiaires ont évoqué, encore Oury certes, mais aussi, et même si c'est parfois négativement, « Félix » (Guattari) – sa pensée débridée, ses idées révolutionnaires et son militantisme politique, son audace clinico-institutionnelle, son charisme et sa « bande » qui a longtemps habité et hanté le Local ; on ne compte plus le nombre de fois où les doyens de La Borde, pensionnaires ou moniteurs confondus – certains y sont depuis plus de 60 ans –, ont évoqué, autour d'un repas ou lors d'une réunion, multiples anecdotes et exemples à l'appui, ce passé révolu où tout était mieux, plus vivant et sûrement plus fou, sorte d'âge d'or où tout était encore possible, tout était en train de s'inventer. Les fantômes de La Borde, on les sent, on les voit partout, et on les observe même, *de la manière la plus empirique qui soit*, ne serait-ce qu'à travers les mots de ceux qui y vivent, qui y travaillent, qui font vivre La Borde. Et il est permis de penser, non seulement avec Oury, mais aussi avec Elie Pouillaude (2014) et François Tosquelles (1985), que toute cette mythologie n'est finalement pas qu'un obstacle à la clinique – ni à la recherche –, qu'elle ne fait pas que détourner du réel, mais qu'elle participe aussi positivement à construire et structurer cette réalité clinique et institutionnelle de la psychothérapie institutionnelle, à lui donner une sorte de cohésion, de consistance, de profondeur et peut-être même de « fondation ».

On peut dire [...] que tout ce qui est institutionnel a été objet d'une vraie fondation. Il s'agit parfois de l'empreinte d'un personnage. [...] Le plus souvent il s'agit d'un vrai mythe qu'il convient d'analyser [...], sans se précipiter dans sa démystification. Les mythes ont leur fonction constitutive [...]. » (Tosquelles, 1985 : 145)

C'est donc précisément dans cette perspective qu'il paraît aussi nécessaire de dire au moins quelques mots sur ces mythes et fantômes qui nous encerclent de partout lorsque nous essayons tant bien que mal d'arriver à La Borde : leur identification et leur analyse éventuelle peuvent permettre d'approcher et peut-être de nous réapproprier quelque chose du « désir originaire » (Pouillaude, 2014) qui a présidé à la fondation et à la constitution du lieu, de l'institution, et qui s'est forcément inscrit dans ce que Oury (1986 ; 1998a) appelait sa « *sous-jacence* » – concept majeur de la psychothérapie institutionnelle labordienne sur lequel on reviendra inévitablement dans la suite, et qui rend compte, dans une première approximation, d'une forme d'« inconscient institutionnel », cette sous-jacence étant d'abord et avant tout « le lieu du désir », le lieu des rencontres, des inscriptions et des agencements des désirs inconscients.

On comprend sans doute mieux, dès lors, l'importance structurante et opérante de ces mythes dans et pour l'institution, en ce qu'ils articuleraient de toute évidence quelque chose qui est pourtant – paradoxalement – inarticulable (Lacan, 2012), mais qui se révèle décisif dans tout travail clinique et institutionnel : le *désir*, encore et toujours lui, le désir de celles et ceux qui sont là. C'est donc aussi sur ce plan, dans cette profondeur de la sous-jacence institutionnelle que le soignant – ou le chercheur – qui arrive à La Borde entreprendra d'agencer, de connecter, d'arrimer son propre désir singulier – son *qu'est-ce-que-je-fous-là* – et ses propres fantasmes à ceux qui animent déjà l'institution, lui donnent vie, lui donnent son caractère propre, son ambiance et toute sa puissance thérapeutique. C'est peut-être ce que voudrait dire, au fond, ultimement, « arriver à La Borde ». Épreuve infinie.

4.1.5 Les mythes

Est-ce à dire que le mythe lui-même cause, produit ou même « travaille » le désir ? Ou ne serait-ce pas plutôt l'inverse, tout compte fait : ne serait-ce pas plutôt le désir qui produirait sans cesse du mythe – et n'importe lequel des grands mythes de l'humanité serait là pour en attester ? Si le mythe peut à son tour produire, causer ou « travailler » quelque chose, ce sera sans doute bien plus du fantasme, du rêve, du fantôme. Mais, lorsqu'il est analysé rigoureusement, comme le proposait Tosquelles (1985), il n'est pas du tout impossible qu'il constitue l'une des voies d'accès privilégiées à cette sous-jacence institutionnelle, à ce champ du désir, comme le fantasme et le rêve peuvent eux aussi en constituer à une autre échelle, à l'échelle d'un sujet désirant. En somme, si le désir singulier du sujet – du soignant, du chercheur – s'agence et s'articule à d'autres désirs singuliers présents dans l'institution, s'il réussit à se connecter à – ou dans – cette sous-jacence institutionnelle, ce sera notamment et forcément à travers ces mythes et fantasmes.

Elie Pouillaude (2014 : 165) propose de distinguer deux grands types de mythes (originaires) particulièrement opérants et structurants dans la psychothérapie institutionnelle, lesquels agissent comme « principaux organisateurs institutionnels inconscients » et permettent « la cohésion de l'ensemble institutionnel » : les mythes *globaux* et les mythes *locaux*. On a déjà fait largement allusion aux premiers – globaux – dans les chapitres précédents, en décrivant l'invention de la psychothérapie institutionnelle pendant la Deuxième Guerre mondiale, en réaction au trauma des camps de concentration et à la violence des fascismes européens dans lesquels la psychiatrie asilaire a pu, à juste titre, se reconnaître (cf. *supra* : §1.6.1). Dans ces mythes globaux, François Tosquelles, que d'aucuns considèrent comme l'inventeur de la psychothérapie institutionnelle, apparaît comme la figure la plus marquante. Psychiatre et psychanalyste catalan presque aussi fou que génial – de ce génie qui semble indissociable

d'une certaine folie, comme le veut la sagesse populaire –, militant communiste anti-stalinien fortement engagé dans la guerre civile espagnole, puis condamné à mort par le régime fasciste et dictatorial de Francisco Franco en 1939, il traverse alors les Pyrénées pour se réfugier en France – occupée l'année suivante par les Nazis –, au camp de concentration de Septfonds, au nord de Toulouse, dans le Tarn-et-Garonne. L'« expérience des camps », sorte de trauma dont on dit souvent qu'il serait à l'origine de la psychothérapie institutionnelle, n'est donc pas seulement une « expérience de pensée » ni une sorte de référence abstraite et lointaine dans ce récit des origines – fussent-elles mythiques –, mais il s'agit aussi et d'abord de cette expérience très personnelle et très concrète vécue par Tosquelles à Septfonds, comme d'ailleurs par beaucoup d'autres pendant la guerre, ailleurs en Europe, et qui rejoindront plus tard le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, que ce soit comme médecins ou, plus généralement, comme soignants, voire comme patients.

Tosquelles ne reste qu'environ huit mois à Septfonds, où il mène des consultations de fortune dans une perspective sinon révolutionnaire, du moins de résistance aux fascismes et à la violence concentrationnaire du camp. En janvier 1940, il est libéré du camp à la demande d'un médecin, le docteur Balvet, qui a été informé de sa détention et qui lui propose alors de venir vivre et travailler à l'hôpital qu'il dirige à Saint-Alban, en Lozère, village situé à mi-chemin entre Montpellier et Clermont-Ferrand, mais donc aussi entre la Méditerranée et Vichy, qui deviendra le siège du gouvernement français de collaboration pendant l'Occupation nazie, à peine quelques mois plus tard. On pourra y voir sinon le « moment fondateur » de la psychothérapie institutionnelle en tant que psychiatrie déconcentrationnaire – le psychiatre Tosquelles qui sort du camp de concentration, et qui entreprend aussitôt de *sortir le camp de concentration de la psychiatrie* –, en tout cas le début d'une expérience profondément révolutionnaire, inédite en psychiatrie, et qui constitue certainement le cœur de ce « mythe global » de la psychothérapie institutionnelle.

Il y aurait tant à dire et à écrire sur cette expérience révolutionnaire et proprement mythique de Saint-Alban, où Tosquelles restera finalement pendant un quart de siècle, pour la plus grande partie – à partir de 1953 – en tant que médecin-directeur, après avoir dû refaire entièrement sa formation en psychiatrie (!), laquelle n'était pas reconnue en France. En quelques mois, quelques années tout au plus, les murs d'enceinte de l'hôpital sont détruits, ses portes s'ouvrent sur l'extérieur, sur le village et le reste de la société, les patients circulent librement, les rapports sociaux intrahospitaliers – entre soignants, mais aussi et surtout entre soignants et soignés – sont profondément remis en question et transformés dans une

perspective de désaliénation, notamment par la création du tout premier Club thérapeutique – qui deviendra rapidement le dispositif clinico-institutionnel central dans toute démarche de psychothérapie institutionnelle, l'ergothérapie se développe entre autres avec la création de coopératives de travail thérapeutique (cf. Tosquelles, 2009), les ateliers thérapeutiques se multiplient et se diversifient... Également nourrie par la présence de nombreux résistants fuyant la Gestapo ou la police de Vichy, artistes, poètes surréalistes (dont Paul Eluard) et philosophes (dont Georges Canguilhem (2013), philosophe du normal et du pathologique...) qui trouvent refuge dans cet hôpital devenu un véritable asile – au sens propre : un lieu d'accueil inviolable – et donc un foyer de résistance politique, toute une vie collective riche, foisonnante, débridée et souvent festive se développe donc en pleine Deuxième guerre mondiale. Au même moment, partout ailleurs en France et en Europe, les asiles et hôpitaux psychiatriques, rationnés et volontairement sous-approvisionnés, véritables camps de la mort, sont marqués par des famines sans précédent, qui feront des dizaines de milliers de morts (Von Bueltzingsloewen, 2007). À Saint-Alban, aucun mort – ce que l'on pourra bien sûr attribuer, au moins mythologiquement, à la force de cette vie collective profondément réorganisée par Tosquelles et ses acolytes, et qui permettra par exemple aux patients de sortir de l'hôpital pour aller travailler chez les agriculteurs de la région en échange de denrées alimentaires permettant d'approvisionner l'hôpital.

Si l'on se contente ici d'une description aussi sommaire de cette expérience mythique qui est pourtant fondatrice pour la psychothérapie institutionnelle – on pourrait y consacrer de nombreuses pages, voire un mémoire complet –, ce n'est pas tant ou seulement parce que ces mythes de Saint-Alban et de Tosquelles auraient perdu de leur superbe aujourd'hui et seraient moins importants et opérants dans les cliniques de psychothérapie institutionnelle comme La Borde – on pourra penser qu'ils se sont au contraire déposés et inscrits durablement dans cette sous-jacence institutionnelle et qu'ils continuent donc à être de puissants « organisateurs institutionnels inconscients » (Pouillaude, 2014 : 165) –, mais c'est surtout parce qu'on en retrouvera les principaux éléments, certes sous une autre forme, à la fois dans le « mythe local » de La Borde et dans l'ensemble des données empiriques qui ont pu y être recueillies au cours de ce travail de recherche. C'est le cas, par exemple, de ce que Pouillaude (2014 : 37) appelle le « mythe des deux livres », qui a été selon lui « déterminant dans la production fantasmatique [du] mythe originaire » de l'invention de la psychothérapie institutionnelle. En effet, Tosquelles aurait traversé les Pyrénées et serait arrivé en France, puis à Saint-Alban, avec seulement deux livres dans ses valises, à savoir, d'une part, la thèse de doctorat de Jacques Lacan (1980), dans laquelle celui-ci entreprenait de révolutionner l'abord théorico-clinique et psychanalytique des psychoses, et, d'autre part, l'ouvrage du psychiatre

allemand Hermann Simon (1929), *Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*, dans lequel on retrouve déjà ce qui deviendra l'idée princeps de la psychothérapie institutionnelle – pour espérer soigner la folie, il faut d'abord soigner l'hôpital, soigner l'institution de soin elle-même. On reconnaît déjà là bien sûr, dans ce « mythe des deux livres », les deux « pieds » de ces « deux jambes » sur lesquels prendra appui la psychothérapie institutionnelle à partir de Tosquelles, la psychanalytique (de Freud à Lacan) et la sociopolitique (de Simon à Marx et à la sociologie critique). Et ces « deux jambes », comme ces « deux livres » d'ailleurs, annoncent elles-mêmes déjà ce qui deviendra sans doute le « concept-clef » permettant « de comprendre les modalités théoriques et cliniques du traitement des psychoses que soutient la psychothérapie institutionnelle » (Pouillaude, 2014 : 8), et pouvant donc contribuer à définir celle-ci en propre⁷, à savoir le concept de *double aliénation* (sociale et psychopathologique) développé par Jean Oury (1992) dès 1948, en réaction à ce qui apparaîtra plus tard comme les prémices de l'antipsychiatrie, à toutes ces tentatives (et tentations) de réduire la folie, la psychose, à la seule aliénation sociale.

Tableau 4.1 – Psychothérapie institutionnelle : du mythe au concept

Mythe des deux livres	J. Lacan	H. Simon
Deux jambes de la psychothérapie institutionnelle	S. Freud (psychanalyse)	K. Marx (sociologie critique, économie politique)
Double aliénation (Oury)	Aliénation psychopathologique	Aliénation sociale
Idee princeps	<i>Pour espérer soigner la psychopathologie (folie)...</i>	<i>... il faut d'abord soigner l'hôpital, le milieu social.</i>

⁷ « Si bien que nous pourrions avancer la définition suivante, poursuit en effet Pouillaude (2014 : 8) : la psychothérapie institutionnelle est une pratique de soin qui permet le traitement de la double aliénation dont souffre le sujet et en particulier le sujet schizophrène. [...] Nous soutenons ainsi [...] que cette pratique ne peut se comprendre, historiquement, cliniquement et théoriquement, qu'à partir du concept de *double aliénation*, qui distingue l'aliénation sociale de l'aliénation psychopathologique, et que [...] le concept d'aliénation constitue l'outil principal qu'utilise la psychothérapie institutionnelle dans sa pratique du traitement des psychoses ».

Bref, le mythe originaire global contient déjà en germe ce qui deviendra l'« essence » de la psychothérapie institutionnelle – son concept fondamental, ses fondements conceptuels – et que l'on pourra donc s'attendre à retrouver un peu partout, que l'on retrouvera effectivement un peu partout, mythologiquement et empiriquement, sur le terrain, dans cette clinique qui se présente comme un haut-lieu de la psychothérapie institutionnelle : La Borde.

Le mythe originaire de La Borde n'est d'ailleurs peut-être pas aussi « local » ou « localisé » qu'on pourrait le croire de prime abord. En tout cas, tout en étant forcément hyperlocalisé – intrinsèquement lié à ce *lieu*, à la singularité de ce *lieu-dit* comme aimaient dire Guattari (1976) et Oury (2014b), pour souligner notamment l'importance du *dire*, du signifiant, dans la constitution et l'institution du lieu, de tout lieu –, il n'a jamais cessé non plus de se *délocaliser*, de se déterritorialiser, de voyager vers d'autres espaces que l'on cherchait précisément à constituer et instituer comme lieux, à réinventer en lieux-dits de soin – et c'est sans doute d'ailleurs l'un des sens de la présente recherche⁸. Or, si le mythe local et hyperlocalisé de La Borde est aussi paradoxalement délocalisable – et sans cesse délocalisé –, c'est sans doute d'abord parce qu'il participe de manière importante à ce que Pouillaude (2014) appelle le mythe originaire « global », et ce, non seulement dans la mesure où la clinique a été, à partir de 1953, un lieu important dans l'invention même de la psychothérapie institutionnelle, mais aussi dans la mesure où son fondateur, le médecin-psychiatre Jean Oury, a lui-même été l'une des figures marquantes de ce mythe originaire aux côtés de Tosquelles, à Saint-Alban même, avant de devenir l'une des – sinon *la* – figure emblématique et charismatique du mouvement.

Même de ce lieu-dit qu'est La Borde, en effet, on pourrait dire : *tout commence à Saint-Alban* – mythologiquement, à tout le moins, mais y a-t-il jamais d'autres commencements que mythologiques ? C'est en effet à Saint-Alban que Jean Oury se rend en 1947 pour y faire son internat en psychiatrie, spécialité qui ne l'intéressait absolument pas – et même l'ennuyait – jusqu'à ce qu'il assiste, quelques mois plus tôt à Paris, à une conférence qui se révélera décisive à la fois dans son parcours professionnel et dans

⁸ Ce « sens » a été immédiatement perçu et nommé par un pensionnaire de la clinique qui, lors de la première réunion du Club (cf. *infra* : §4.3.8) à laquelle j'ai participé en novembre 2021, au Grand Salon du Château, et après que j'eus brièvement présenté le projet de recherche, s'est écrié : « *Vous allez exporter un peu de La Borde au Canada !* » Bien que ce ne soit pas la formulation habituellement privilégiée pour énoncer l'objectif de cette recherche, il faut bien reconnaître avec ce pensionnaire que celle-ci s'inscrit néanmoins dans une telle logique d'« import-export ». À cet égard, on pourra dire que le mythe apparaît toujours comme un puissant vecteur d'exportation, de « délocalisation » – ce qui n'est évidemment pas le cas seulement pour la psychothérapie institutionnelle.

sa vie : conférence d'un certain Jacques Lacan. Il arrive ainsi à Saint-Alban en septembre 1947, sachant certes que s'y trouve un médecin catalan dont plusieurs parlent, mais sans se douter qu'il connaît en fait déjà ce médecin-psychiatre pour avoir assisté la même année à l'une de ses conférences à Paris, dont le propos alambiqué – sur la dialectique – lui avait paru « grossier et primaire » (Oury, 1998b : 31 ; cf. aussi Oury et Faugeras, 2016). Oury ne connaissait pas alors le nom de ce « type avec un lacet autour du cou, qui criait, qui levait les bras, et qui toutes les 30 secondes faisait Humm ! » ; aussi l'avait-il surnommé « Monsieur Humm ». Quelle ne fut pas sa (mauvaise) surprise, en arrivant dans ce petit hôpital perdu dans la campagne de Lozère – lui qui n'aimait pas la campagne ! –, de se retrouver devant Monsieur Humm lui-même : François Tosquelles⁹ !

Bien sûr, la « mauvaise surprise » devient rapidement une grande rencontre, avec Tosquelles certes – une grande amitié ponctuée de Humm(s) va naître entre les deux hommes –, mais aussi, surtout, sur le plan clinique, *avec la folie*. C'est en effet à Saint-Alban qu'Oury rencontre pour la première fois la folie et les fous, avec lesquels il racontera s'être senti tout de suite à l'aise, à sa place. Il faut dire que cette folie que rencontre Oury en 1947 est déjà profondément transformée par les discours et pratiques institutionnelles apportés et portés notamment par Tosquelles depuis 1941, à un point tel où l'on pourra effectivement dire que ce n'est pas, que ce n'est plus la « même » folie qu'ailleurs : les fameux « quartiers d'agités » (où étaient regroupés et traités les patients les plus « difficiles ») ont disparu, les patients circulent librement dans et hors l'hôpital – dans le village et dans la campagne environnante –, ils s'investissent dans de nombreuses activités et ateliers, les rapports hiérarchiques entre soignants et soignés ont déjà été largement analysés, travaillés et transformés, etc. Bref, cette folie que rencontre Oury est déjà transformée, largement « libérée », c'est-à-dire purgée d'une part importante de l'aliénation *sociale* qui lui donne toujours *forme* – et souvent d'ailleurs dans ses « pires » formes, d'agitation et de violence –, rendant ainsi possible un travail analytique sur cette dimension psychopathologique de la folie que l'aliénation sociale recouvrait jusque-là. Oury reste deux ans à Saint-Alban – ce qui « vaut bien vingt ans ailleurs », lui dira Tosquelles ! –, deux ans pendant lesquels il travaillera d'arrache-pied, passant tout son

⁹ Il suffit d'avoir vu et entendu une seule fois Tosquelles et ses « tics » – de langage et autres – pour se convaincre que ce surnom lui convient à merveille. Cf. par exemple le beau documentaire de François Paine, Danielle Sivadon et Jean-Claude Polack (1989), *François Tosquelles, une politique de la folie*, dont on trouve facilement et gratuitement des extraits sur les grandes plateformes de diffusion vidéo en ligne.

temps auprès des fous, notamment dans le cadre du Club thérapeutique et des divers ateliers qu'il participera à mettre en place avec Tosquelles (Faugeras, 2015 ; Oury et Faugeras, 2016 ; Pouillaude, 2014).

En 1949, alors que les succès thérapeutiques de la psychothérapie institutionnelle sont de plus en plus (re)connus et que ses méthodes révolutionnaires commencent à s'exporter vers d'autres lieux de soin à travers la France, Tosquelles propose à Oury de se rendre dans le Loir-et-Cher pour y remplacer l'un de ses amis comme médecin-directeur de ce qui est alors la seule clinique psychiatrique du département, la clinique privée de Saumery (Oury et Faugeras, 2016 ; Pouillaude, 2014). Cette dernière aura dès lors – et depuis lors – une grande importance dans l'histoire de la psychothérapie institutionnelle et dans la mythologie labordienne : sans Saumery, il n'y aurait jamais eu La Borde, aimait répéter Oury. Celui-ci arrive donc à la fin septembre 1949 à cette clinique située à une dizaine de kilomètres à vol d'oiseau – au-dessus de la forêt de Sologne – de ce qui deviendra La Borde (on y arrivera bien un jour...), à une douzaine de kilomètres de Blois, dans ce Loir-et-Cher qu'il ne quittera d'ailleurs plus jusqu'à sa mort en 2014. Oury y trouve une clinique – et une douzaine de patients – presque à l'abandon, dans un état lamentable. Les débuts sont difficiles, sans doute d'autant plus difficiles qu'ils contrastent douloureusement avec l'espèce d'euphorie collective et révolutionnaire de Saint-Alban : Oury, qui se heurte dans le Loir-et-Cher à un milieu médical et social bourgeois, pour ne pas dire réactionnaire, se voit plongé dans une sorte de solitude morale et intellectuelle, et peine à trouver les appuis dont il aurait besoin pour transformer la clinique et en faire un « petit Saint-Alban » (Pouillaude, 2014 ; cf. aussi Oury et Faugeras, 2016). Tombant dans une forme de découragement, de désintérêt et d'indifférence ennuyée, il pose alors un geste désespéré, sorte d'« advienne que pourra » et de saut dans le vide, sans filet, qui se révélera décisif dans le devenir de la psychothérapie institutionnelle et dans l'avènement de La Borde : il ouvre grand les portes de la clinique à toute personne, peu importe sa formation – ou son absence de formation –, qui souhaite le rejoindre à Saumery pour y faire quelque chose, peu importe quoi. Dans les mois suivants, une multitude de personnes de diverses origines sociales et ethnoculturelles débarquent à la clinique pour y faire toutes sortes de choses – des tâches d'entretien aux tâches de soin en passant par des rénovations –, créant rapidement une nouvelle effervescence dans ce lieu qui, quelques mois plus tôt, semblait abandonné. Parmi ces personnes, un jeune homme de 20 ans, ancien élève du frère de Jean Oury, Fernand¹⁰, que ce

¹⁰ Fernand Oury est également connu pour être, dans le sillage du mouvement de l'École moderne de Célestin Freinet – avec lequel il rompra ensuite –, l'inventeur de la *pédagogie institutionnelle*, qui est pour ainsi dire à l'école ce que la psychothérapie institutionnelle est à l'asile ou à l'hôpital psychiatrique. Cf. par ex. Fernand Oury (2009) et Martin et al. (2009).

dernier envoi à la clinique parce qu'il semblait perdu, désorienté, croyant qu'un séjour dans le Loir-et-Cher auprès de son frère pourrait lui donner un nouvel élan : un certain Félix Guattari, qui deviendra dans les décennies suivantes non seulement l'autre grande figure mythique de La Borde, mais aussi un philosophe et psychanalyste important de la France de l'après-guerre, ainsi qu'un penseur-inventeur incontournable de la psychothérapie institutionnelle. « C'est là que ça a commencé, l'affaire »¹¹, écrira plus tard Jean Oury (1998b : 47). On y reviendra inévitablement dans la suite (cf. *infra* : §4.1.6).

Alors que la clinique de Saumery reprend vie et devient ce que Oury (1998b) appelle une véritable « place publique », un conflit important éclate avec l'administration au sujet du financement des transformations de la clinique dans une perspective que l'on peut déjà qualifier d'« institutionnelle ». Dans ce qui se veut un ultimatum, il menace de partir si ses demandes ne sont pas entendues. Et elles ne le seront pas. C'est sans doute là le cœur, le noyau du mythe originaire de La Borde : en mars 1953, après avoir rencontré son successeur, un anatomopathologiste parisien et arrogant auquel il ne fait absolument pas confiance, Oury vide entièrement la clinique et part avec toute la joyeuse « bande » – y compris une trentaine de patients – sur les routes de Sologne. Le mythe veut que tout ce beau monde soit resté à l'hôtel, ainsi qu'au rez-de-chaussée d'une clinique d'obstétrique prêté par une connaissance, pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce que Oury trouve finalement, en passant à moto, le château de La Borde, en ruine, mais à vendre, non loin du village de Cour-Cheverny (cf. Oury et Faugeras, 2016). La clinique de Cour-Cheverny, dite de La Borde, est ainsi fondée le 3 avril 1953.

4.1.6 La constitution (politique de la folie)

L'effervescence collective qui a marqué et animé les dernières années de Saumery se transporte évidemment aussitôt dans ce mystérieux château blanc délabré de Cour-Cheverny et dans le grand parc arboré où il trône. La bande de Saumery, soudée autour d'Oury, soudée sans doute aussi par cette

¹¹ Oury (2012 : 90) racontera en ces mots leur rencontre et le « contrat » qu'ils auraient alors conclu : « [...] C'est un peu plus tard, fin 1950, qu'il est venu longuement séjourner là où je travaillais en psychiatrie, à la clinique de Saumery, en Loir-et-Cher. Longues discussions nocturnes ; dialogues interminables. [...] Il y avait eu une sorte de "contrat" entre nous : je concevais la psychiatrie dans son ensemble comme devant s'articuler concrètement avec ce qui se passe dans le champ social, donc politique, mais, du fait de mon travail déjà très prenant dans le domaine "médical" de la psychiatrie, je ne pouvais pas être de plain-pied dans ce champ social, je lui avais donc proposé d'occuper cette place, tout au moins d'approfondir les engagements qu'il avait déjà dans cet "univers". Il a toujours respecté ce contrat, sans jamais faillir, bien que, comme il se doit dans de tels engagements, il y ait eu par la suite entre nous quelques discords, mais à la longue suffisamment dialectisés pour que la continuité de notre "entreprise" ne soit pas altérée. Potentiel d'amitié peu commun, et de fidélité. » (Cf. aussi Oury et *al.*, 1985).

expérience de l'« errance » collective, entreprend alors de construire ce qui deviendra la clinique de La Borde. Et de fait, tout est à (re)construire : ne sont habitables, au printemps 1953, que les seuls rez-de-chaussée et premier étage du château, le deuxième étage – qui deviendra plus tard le « Local » (des stagiaires et moniteurs) – et tous les autres bâtiments existants (dépendances) étant inutilisables tellement ils sont vétustes.

Tout est à (re)construire, et tout sera bientôt (re)construit, mais pas seulement ni même d'abord sur le plan strictement matériel et « immobilier ». Il s'agit aussi et surtout d'inventer la *clinique*, sur un plan institutionnel, c'est-à-dire de la doter d'une organisation, d'instances, d'un mode de fonctionnement et de gestion qui lui conféreront une véritable puissance thérapeutique et une efficacité dans le traitement de cette « double aliénation » qu'est la psychose. Pour la première fois de sa vie professionnelle – il est devenu psychiatre en 1950 –, Oury a les coudées franches – et un lieu propice, voire idéal – pour inventer et instituer une clinique comme il l'entend, c'est-à-dire dans le prolongement direct de l'expérience qu'il a vécue avec Tosquelles à Saint-Alban – expérience et prolongement que l'on commence à peine, en 1953, à nommer « psychothérapie institutionnelle »¹².

Et pour *instituer* une clinique, pour en faire une *institution* – et *a fortiori* si cette clinique se pense comme une « place publique », une « chose publique » (*res publica*), voire donc comme une micro-société, comme à Saint-Alban et à Saumery –, il apparaît indispensable de la *constituer*, de lui donner une *constitution* ; pas d'institution sans constitution, pourrait-on dire. C'est l'un des premiers gestes que pose Oury en arrivant à Cour-Cheverny, de manière à jeter les bases institutionnelles de ce qui devient alors « La Borde » – l'institution, la *res publica*. Cette constitution dite de l'An I établit d'abord la *visée thérapeutique* qui devra orienter l'ensemble de l'institution – Oury en parle d'ailleurs alors comme d'un « groupe thérapeutique » –, de ses instances, de leurs décisions ; bref, tout dans l'institution, jusque dans ses plus petits « éléments », dans les moindres gestes, devra œuvrer dans cette visée thérapeutique (cf. Polack et

¹² La première occurrence de l'expression « psychothérapie institutionnelle » – pour nommer l'ensemble des expériences et pratiques de soins psychiatriques qui s'inscrivent dans le sillage de celles de Saint-Alban – remonterait en effet seulement à décembre 1952, dans un article du psychiatre Georges Daumezon intitulé « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine » (Daumezon et Koechlin, 1952). Cette appellation est demeurée polémique et critiquée pendant plusieurs années, voire décennies – plusieurs ne s'y reconnaissant pas, notamment en raison de la référence à la psychothérapie –, avant d'être consolidée et confirmée par l'usage.

Sabourin, 1976 ; Pouillaude, 2014 ; Rostain et *al.*, 1976). Et pour ce faire, trois grands principes organisateurs sont énoncés :

- 1) *Gestion démocratique* : la direction et la gestion de la clinique sont assurées démocratiquement par une assemblée générale réunissant tous les Labordiens et par des commissions auxquelles l'assemblée délègue des pouvoirs (médicale, économique, animation) ;
- 2) *Précarité des statuts* : les fonctions que sont appelées à remplir les personnes ne se réduisent en aucun cas à leur statut (ex. médecin, infirmière, patient, etc. – c'est-à-dire qu'un médecin, par exemple, peut être appelé à participer aux tâches ménagères ; un cuisinier ou même un patient peut être appelé à remplir une fonction soignante, voire médicale, etc.) ;
- 3) *Organisation communautaire* : les tâches et les responsabilités – et donc les salaires... – sont mises en partage, et toute personne – soignante ou soignée – est appelée à participer à la vie institutionnelle dans sa visée thérapeutique et soignante.

On aura l'occasion de souligner les incarnations et manifestations concrètes de ces grands principes institutionnels – ainsi que leurs implications et effets cliniques – en rendant compte dans la suite des observations réalisées à La Borde à l'automne 2021 et à l'hiver 2022. Alors que la clinique s'apprêtait à fêter ses 70 ans – en 2023 –, et bien que certains s'inquiètent parfois d'un écart grandissant entre les devenir actuels de la clinique et les principes qui l'ont instituée et constituée en 1953, on constate en effet, à peine arrivé à La Borde, que ces derniers continuent à être centraux encore aujourd'hui dans toute la vie institutionnelle qui l'anime.

Parler de constitution et de *res publica* pour décrire la fondation d'une clinique – qui est pourtant et paradoxalement *privée*¹³, Oury et plus tard sa famille en ayant toujours été les propriétaires exclusifs – permet en outre de souligner le caractère hautement *politique* de La Borde et du geste qui la fonde comme *institution*. C'est en fait beaucoup plus qu'une clinique – au sens d'un établissement de santé – qui est

¹³ C'est un autre des paradoxes à l'origine de la psychothérapie institutionnelle et de son institution paradoxale (cf. *supra* : §1.6.3) et dans lequel on retrouve déjà la tension et distinction cardinale entre institution (pensée ici comme *res publica*) et établissement (qui est ici privé et qui aurait sans doute été impensable, à plusieurs égards, dans le secteur public, c'est-à-dire contrôlé par l'État). Sur la distinction entre établissement et institution, décisive dans la psychothérapie institutionnelle, cf. *infra* : §4.3.10.

ainsi constituée en 1953, mais c'est aussi et surtout une sorte de *micro-société* à part entière, laquelle s'invente selon ses propres principes constitutionnels et institutionnels, à l'écart – et à l'*abri* – du reste de la société et du monde environnant, avec lesquels elle ne cessera toutefois de cultiver ses liens, dans le but avoué de les réinventer et de les transformer. Dans un contexte social et politique marqué par le début de la guerre froide, la montée des partis et mouvements communistes en Europe et donc par une certaine effervescence révolutionnaire – qui culminera 15 ans plus tard en France avec les événements de mai 1968 –, La Borde se veut, s'imaginer et se conçoit en effet d'emblée comme une expérimentation non seulement clinique, mais aussi sociale et politique : plutôt que d'attendre le fameux « grand soir » révolutionnaire, il s'agit d'expérimenter ici et maintenant *une autre manière de faire société*, de vivre ensemble, de vivre avec l'autre et l'Autre. Cette micro-société comme lieu de réinvention de « la » société – entendre de révolution – est d'ailleurs loin d'être étrangère aux grandes utopies collectivistes, communiste ou libertaire, qui font encore rêver, à l'époque, des pans entiers de la société. Rien de bien étonnant si l'on se souvient que Marx est – et restera jusqu'à aujourd'hui – l'une des deux « jambes » de la psychothérapie institutionnelle et l'un des principaux outils théorico-critiques qu'elle mobilise pour lutter contre l'aliénation sociale dans les établissements de soin psychiatrique. Rien de bien étonnant non plus que l'on ait pu chercher à faire exister cette utopie, ce rêve collectiviste, dans des hôpitaux psychiatriques, lesquels ont été dans la Modernité l'une des principales institutions – avec les prisons, la police... et toutes leurs déclinaisons, jusqu'en travail social – agissant comme interfaces entre l'ordre bourgeois de la société capitaliste et ses Autres (désordre, criminalité, pauvreté, folie...) qu'elle entend réprimer, exclure, enfermer, refouler, réadapter ou « rééduquer » (cf. *supra* : §1.2). Il s'agira donc bien ici, à La Borde comme à Saint-Alban, de transformer l'hôpital dans une visée « révolutionnaire » de transformation de la société, de réinventer l'hôpital pour en faire une (micro-)société *autre* dans laquelle on vivra autrement avec les autres, avec l'Autre, avec la différence, avec l'« anormalité » ; *une société autre dans laquelle l'Autre occupera une autre place*, dans laquelle il pourra même simplement avoir *une place* – contrairement aux sociétés capitalistes qui reposent sur son exclusion et son enfermement – ; une *société autre* dans laquelle l'Autre sera accueilli, soigné et revalorisé en tant qu'Autre – c'est d'ailleurs le sens premier des mots « hôpital » (hospitalité) et asile (refuge), sens qui a été perdu dans la Modernité capitaliste et depuis le « grand renfermement ». Bref, l'hôpital psychiatrique, en tant que lieu d'accueil et d'asile de cette altérité absolue qu'est devenue la folie dans la Modernité, sera un lieu privilégié pour expérimenter une *société autre*. C'est précisément le projet – clinique et politique – de la psychothérapie institutionnelle, qui déploie dès Saint-Alban une véritable « politique de la folie » (Tosquelles, 1991), laquelle répond en quelque sorte à la « folie de la politique » au 20^e siècle – avec ses camps de concentration, ses génocides, ses fascismes

et ses totalitarismes, ses guerres, etc. Le 21^e siècle n'est pas en reste, on en conviendra, et c'est sans doute ce qui fait – ou peut faire – toute l'actualité politique de la psychothérapie institutionnelle aujourd'hui, par-delà d'ailleurs le champ strictement psychiatrique.

Dès le milieu des années 1950, la rumeur court non seulement dans le milieu psychiatrique français alors en ébullition, assoiffé de réformes déconcentrationnaires profondes, mais aussi dans les milieux intellectuels, estudiantins et militants : quelque part dans la forêt de Sologne, dans un château oublié de l'aristocratie française – le symbole a sûrement son importance –, l'Utopie est en voie de devenir « réalité », une réalité clinico-politique dans laquelle est en train de s'expérimenter une autre manière de vivre ensemble, de vivre avec l'autre, et notamment avec cet autre qu'est la folie. Bien entendu, tout ce beau monde veut s'assurer que ce n'est pas là qu'un mythe, une rumeur, une histoire, et souhaite aller voir de ses propres yeux ce qui s'y passe vraiment. Or, ça tombe bien, la rumeur veut que cette clinique soit aussi, un peu comme l'était Saumery, une véritable « place publique » où tout le monde qui souhaite « participer » est bienvenu... C'est ainsi que débarquent à La Borde, à partir du milieu des années 1950, non seulement de plus en plus de « patients » – la capacité d'accueil double en effet entre 1955 et 1958, passant de 48 à 90 pensionnaires – et de soignants qualifiés – infirmières, psychanalystes, etc. –, mais aussi toute une horde d'étudiants, d'intellectuels et surtout de militants politiques, notamment marxistes, certes bien sympathiques, mais sans la moindre expérience ou notion cliniques. Oury les appellera d'ailleurs les « envahisseurs », les « barbares », et ses accès de colère envers certains d'entre eux, qu'il expulsera parfois *manu militari*, resteront célèbres et gravés dans la mémoire de La Borde et sa mythologie – on en parle parfois encore aujourd'hui avec un certain amusement. Un peu comme Saint-Alban, qui avait eu ses « résistants » pendant la guerre, La Borde aura donc ses « militants », et elle sera elle aussi le foyer d'une intense activité politique et « révolutionnaire », qui se déploiera à la fois en parallèle, en continuité et en tension avec l'activité clinique et psychiatrique (Pouillaude, 2014).

Félix Guattari (2012), invité à s'installer définitivement à La Borde en 1955 pour s'occuper notamment de développer et d'animer le Club et ses multiples activités, est sûrement largement responsable de ces « invasions barbares » – qui s'intensifieront d'ailleurs dans les années 1960 –, lui qui est devenu entretemps étudiant en philosophie à la Sorbonne, brillant lecteur (et analysant) de Lacan, et surtout un leader politique important des mouvements étudiants parisiens alors campés à (l'extrême) gauche (cf. aussi Oury, 2012 ; Oury et Faugeras, 2016). Nombreux sont ceux qui le suivent comme une sorte de « gourou », voyant sans doute déjà en lui l'immense philosophe et psychanalyste (ou « schizo-analyste »)

qu'il allait devenir une quinzaine d'années plus tard (cf. Deleuze et Guattari, 1972). Et ils le suivront donc évidemment jusqu'à La Borde, où il entreprend alors de développer sa propre « pratique de l'institutionnel » en tant qu'articulation – complexe, philosophiquement réfléchie – entre pratique *militante* et pratique *clinique*, entre activité *politique* et soin *psychique*, entre écologie *sociale* et écologie *mentale*, entre *marxisme* et *psychanalyse* (cf. Oury et *al.*, 1985 ; Guattari, 1989 ; Deleuze, 2003). Guattari occupe vite une très grande place à La Borde – Oury dira que son influence y était « du niveau métalogue, quasi magique » (Oury et Faugeras, 2016 : 111) –, d'autant plus justement qu'il est accompagné de ceux que plusieurs appellent ses « petits soldats » – les jeunes militants en question – et qu'il est très présent sur le « plancher », au Club et dans toute la vie quotidienne de la clinique, de sorte que celle-ci se met bien vite à fonctionner comme une sorte de « machine bicéphale » (Pouillaude, 2014). Si la psychothérapie institutionnelle marche sur deux jambes – Freud et Marx –, La Borde, elle, sera inventée et produite par deux têtes – Oury et Guattari –, deux pensées et deux langues produisant une sorte de « bégaiement redoublé » qui aura finalement changé, au fil des ans, « l'ordre des mots de la folie » (Lafitte, 2014 : 89), et dont on voit encore bien les effets discursifs et pratiques aujourd'hui à La Borde (cf. aussi Pouillaude, 2014). Bien sûr, une clinique ne peut fonctionner ainsi, de manière bicéphale, sans que de multiples tensions – au sens quasi électrique du terme – apparaissent, et dont ce bégaiement n'était sans doute que l'une des manifestations « symptomatiques » :

À La Borde, Félix [Guattari] travaillait dans un petit bureau, au nord, dont l'ombre était accentuée par les arbres. C'était une pièce nue, avec un bordel de papiers. Il y avait une ligne tendue entre ce petit bureau froid et [le] grand bureau rouge [d'Oury], de l'autre côté de la cour. C'était le courant électrique de La Borde. Un soir de Noël, on avait inventé un sketch [...] où j'expliquais à un nouvel arrivant que La Borde fonctionnait sur un courant alternatif à bitension. Je me rappelle l'éclat de rire magnifique de Félix, [d'Oury], des fous. (Marie Depussé, dans Oury et Depussé, 2003 : 225)

Une tension vive, donc, autour de divergences souvent profondes, et débouchant parfois sur des conflits houleux ; ce fut sûrement la force remarquable de ces deux hommes – liés par ailleurs jusqu'à la fin par une amitié indéfectible, « sans aucune réticence » (Oury, 2012 : 91 ; Polack, 2004) –, comme deux « courants » puissants, d'avoir su rendre cette tension, ces divergences et ces conflits aussi productifs sur le plan pratique et clinique (cf. aussi Depussé, 2012 ; Oury, 2012). La Borde, en un sens, est le produit de cette rencontre, de cette tension productive qui, étonnamment, et plus ou moins souterrainement, est encore palpable aujourd'hui, trente ans après la mort de Guattari, huit ans après la mort d'Oury, à la fois dans l'institution, dans l'équipe soignante, dans les rapports entre l'institution et l'établissement, entre le

Club et la direction de la clinique... comme si elle s'était inscrite profondément dans la sous-jacence, dans la mémoire de La Borde. Elle traversera donc aussi *ce* mémoire.

4.1.7 L'utopie

Décidément, non, il n'est pas simple d'arriver à La Borde – et sans doute n'y arrive-t-on jamais vraiment. Comme si l'« épreuve » dont parlait Oury n'était pas déjà assez éprouvante – la mise en question du désir, les doutes, l'angoisse, la folie, l'inquiétante étrangeté, les fantômes, les mythes... –, on est aussi appelé à s'insérer rapidement, sans la moindre préparation, dans ces réseaux complexes de relations humaines, sociales et institutionnelles qui sont bien entendu... *tendu(e)s*, marqué(e)s par de multiples tensions et conflits – lesquels ne se réduisent évidemment pas à cette tension presque mythique, « électro-mythique », entre ces deux fantômes-monuments, Oury et Guattari, qui hantent encore La Borde. On s'y insère donc nécessairement « à l'aveugle », pour ainsi dire, avec une certaine naïveté, sans trop comprendre ce qui s'y passe, et c'est seulement au fil des semaines, des mois, alors qu'on est déjà pris dans la « toile », que l'on commence à repérer les zones de tension, les rapports de force et de pouvoir, les animosités, les « clans », les « alliances », etc. Il y en a – beaucoup, certainement plus qu'on ne peut en repérer en huit petites semaines de terrain. Et l'institution créée par la psychothérapie institutionnelle a beau avoir notamment – mais précisément – pour fonction de permettre au conflit d'émerger pour ensuite mieux le « traiter » et le rendre productif sur le plan clinique (un peu au même titre que la psychanalyse, qui fait émerger le conflit psychique dans le transfert pour mieux le traiter – on y reviendra), elle ne simplifie pas forcément la vie de celui qui essaie d'arriver et qui doit naviguer entre les zones de tensions plus ou moins larvées et de conflits plus ou moins ouverts – et donc, *insh'Allah*, en voie d'être « traités » institutionnellement.

Il n'est pas simple d'arriver à La Borde, et ce l'est peut-être d'autant moins lorsque l'on croit arriver dans cette heureuse utopie collectiviste, celle d'une (micro-)société égalitaire et libertaire sans « classes », sans hiérarchie, voire donc sans conflits – de classes, à tout le moins. L'utopie, on le sait, c'est étymologiquement ce lieu (*topos*) qui n'existe pas, sorte de « non-lieu » qui n'existera en fait jamais que dans l'imaginaire, dans le fantasme, dans le rêve – production désirante. Or La Borde et la psychothérapie institutionnelle en général, plutôt que de chercher à évacuer imaginaire et fantasmes au nom d'une soi-disant objectivité probante ou d'une efficacité techno-scientifique, ont toujours au contraire cherché à les solliciter et les mobiliser pleinement dans leurs aspects les plus créatifs et inventifs, jouant donc jusqu'au bout ce « jeu de l'utopie », poussant sa « logique » objectale – logique du désir – jusque dans ses plus

folles et heureuses dérives. Guattari (1976 : 8) a ainsi toujours insisté pour dire qu'*en fait*, « *La Borde, ça n'existe pas* », sinon justement comme lieu-dit et comme fait de discours (Lacan, 1991 ; Oury, 1986), suivant en cela Tosquelles (1985) qui soutenait pour sa part que la meilleure définition de l'*institution* – au sens où l'entend la psychothérapie institutionnelle –, c'est précisément que « *ça n'existe pas* » – par opposition notamment à l'établissement qui, lui, existe bien, objectivement, avec ses murs, ses structures, ses règlements, son organisation, etc. (cf. aussi Pouillaude, 2014 ; *infra* : § 4.3.10). On peut donc certes « tendre » vers l'institution – par un ensemble de *processus* d'institutionnalisation et de *pratiques* discursives, que l'on décrira dans la suite – comme on peut tendre vers une utopie, mais sans jamais y parvenir complètement, sans jamais l'« achever ».

En somme : il n'est pas simple – il est sans doute *impossible* – d'arriver dans un lieu qui n'existe pas... Sans doute n'y arrive-t-on jamais vraiment – épreuve infinie mais aussi, par là, épreuve (d'un) impossible. La question de la *recherche*, la question *méthodologique*, se repose alors dans toute son acuité : comment pourra-t-on parvenir à expérimenter et ensuite décrire un lieu dont on dit avec le plus grand sérieux qu'il *n'existe pas* ? Il serait bien sûr facile – et donc tentant – d'éluder le problème et de se contenter de décrire empiriquement ce qui existe « objectivement », l'établissement, un peu comme on a commencé à le faire précédemment, au moment d'élaborer le dispositif méthodologique sur lequel allait reposer la présente recherche (cf. *supra* : §3.2), voire ensuite de chercher à objectiver l'institution pour en décrire les structures, les instances, l'organisation, les rouages, etc. L'objectivation est l'un des dangers qui guettent en permanence l'institution, qui risque alors de se voir écrasée dans ou par l'établissement et ses structures ; c'est aussi l'un des pièges qui guettent la présente recherche, en ce sens où cette objectivation occulterait alors complètement ce qui est sans doute l'essentiel, le cœur de la psychothérapie institutionnelle : l'*institution* elle-même en tant qu'elle met en jeu le désir, met en relation des sujets désirants – y compris ici le chercheur –, ouvre et constitue donc un champ relationnel et transférentiel qui, précisément, sera le principal levier thérapeutique dans la psychothérapie institutionnelle. On ne renoncera pas pour autant à décrire – plus ou moins objectivement – l'établissement, comme on a pu le faire précédemment, comme on le fera encore dans la suite, car *il ne saurait jamais y avoir d'institution sans établissement*, pas plus qu'il ne saurait y avoir de sujet sans objet, au moins au sens de l'objectalité, de l'objet du désir et de ses avatars : ce qui est institutionnalisé par un ensemble de processus et de pratiques – réunions, club, échanges, ateliers, etc. –, c'est toujours d'abord un établissement, qu'il s'agit précisément de transformer, de subvertir en *institution* (Pouillaude, 2014 ; Tosquelles, 1985). Si l'on veut saisir quelque chose de la psychothérapie institutionnelle, on ne pourra donc s'arrêter à cette description

objective de l'établissement ni à une description objectivante de l'institution, c'est-à-dire de l'institution telle qu'elle existerait actuellement ; il faudra aussi et surtout se donner les moyens méthodologiques et épistémologiques pour expérimenter et décrire *cette institution telle qu'elle n'existe pas*.

L'institution de la psychothérapie institutionnelle, on l'a déjà largement souligné, est « paradoxale » à plus d'un égard. Mais elle est aussi et d'abord paradoxale dans son (ou sa non-)existence même : si l'institution paradoxale de la psychothérapie institutionnelle existe, ce ne peut être que de cette existence paradoxale, c'est-à-dire qu'elle existe en tant que « lieu » qui n'existe pas – sorte d'utopie, de production désirante, imaginaire ou fantasmatique –, mais qui ne cesse de se chercher et de se tracer des chemins vers l'existence, sans toutefois ne jamais (y) « arriver » – ce qui serait sans doute, et bien paradoxalement, sa mort. L'institution qu'il s'agit d'expérimenter et de décrire – La Borde – n'« existe » qu'en tant que production désirante, production du désir, des désirs singuliers et inconscients de celles et ceux qui sont là, à un moment *m*, qui « désirent » la faire exister même dans son manque-à-être utopique et fantasmatique, dans ce que nous avons aussi appelé son « objectalité », sa « réalité » objectale, laquelle reste toujours extrêmement précaire, en « devenir », jamais achevée donc, jamais construite une fois pour toutes, sans cesse à (re)construire, à (ré)inventer. D'où l'importance déjà soulignée d'identifier et d'interroger ces mythes, rêves, visions utopiques, idéaux et fantasmes dont l'institution est l'objet et qui contribuent à lui donner, dans et par sa « sous-jacence », sa consistance clinique et institutionnelle ; c'est seulement en les analysant rigoureusement, comme le suggérait Tosquelles (1985), qu'il sera possible de dégager le désir, les désirs qui l'animent, lui donnent vie en tant qu'institution, et lui confèrent sa puissance thérapeutique.

Ce travail d'analyse, essentiel dans la psychothérapie institutionnelle, et lui non plus jamais achevé – analyse infinie... – est le plus souvent réalisé en équipe, en groupe, de manière plus ou moins formelle, dans le cadre des nombreuses réunions cliniques et institutionnelles qui ponctuent la vie de l'institution ; le chercheur qui arrive à La Borde, qui tente tant bien que mal d'arriver, de construire son objet de recherche – l'institution elle-même, dans sa non-existence objective, dans son objectalité utopique – est donc forcément appelé à participer à ce travail d'analyse – *a fortiori* s'il s'agit d'une recherche *participante* –, notamment en identifiant ses propres fantasmes, en tentant de dégager quelque chose de son propre désir singulier et tout ce qu'il apporte « transférentiellement » dans ce vaste champ de désir(s) qu'est l'institution, non-lieu ou lieu-dit – seulement *dit* – où il cherchera à arrimer son propre désir. En somme, et comme on l'a déjà souligné (cf. *supra* : §4.1.2), l'objet de recherche qu'est l'institution ne peut être ici

construit – et ensuite saisi et analysé, voire déconstruit... – que dans une certaine relation, dans un certain rapport de *production* à l'objet (cause) du désir du chercheur – entendre que le désir du chercheur participe très largement à produire, à construire « objectalement » cet objet de recherche, à un point tel où il n'est pas à exclure que l'un, objet de recherche, coïncide avec l'autre, objet du désir, ou à tout le moins que l'un et l'autre se recouvrent ou se recoupent – mais alors en quel(s) point(s), en quel(s) point(s) névralgique(s) de désir ? D'où l'importance, la nécessité, pour le chercheur, dans une recherche clinique et participante en psychothérapie institutionnelle, mais sans doute aussi dans toute recherche, d'interroger son propre désir : *qu'est-ce que je fous là ?*

4.2 Le désir

4.2.1 L'Autre

On l'aura sûrement remarqué jusqu'ici : « je » ne suis pas, « je » n'ai jamais été particulièrement porté à « écrire au *je* » – particulièrement en contexte universitaire ou même, plus généralement, de travail intellectuel, *a fortiori* peut-être lorsqu'il s'agit de penser et écrire un travail *social*. Non pas que ce « je » – ce *sujet*, si l'on préfère –, avec toute sa singularité, n'ait aucune place ni aucune importance dans ce type de travail ; bien au contraire, et on vient d'ailleurs de le souligner, il en est peut-être même toujours la pierre angulaire à partir de laquelle s'articule tout ce travail, et souvent paradoxalement son *point aveugle*, lorsqu'on ne prend pas la peine d'explorer ce qu'il en est réellement de ce « je » et surtout de son désir – mais qu'est-ce que *je fous là ?* C'est évidemment à ce « je » trop souvent inexploré ou interrogé, trop souvent tenu pour acquis comme allant de soi, que l'on répugne dans le travail intellectuel en général, et ici dans l'écriture « ethnographique » en particulier, dans la mesure où il véhicule et nourrit encore cette illusion moderne d'une subjectivité libre et spontanée, autonome et autarcique, presque soliptique même, fermée sur elle-même, et produisant *ex nihilo*, par l'effort de sa seule volonté et de sa raison, un travail, une pensée, un projet, un objet (de recherche, par exemple) et son objectivité. « Écrire au je » sans mettre en question et préciser le sens de ce « je », sans en explorer les conditions de possibilité, les soubassements, la profondeur et la consistance, serait donc contraire à toute la présente démarche de recherche – à la fois à son intention, à son objet et peut-être surtout au cadre conceptuel qui est mobilisé pour le construire et l'analyser, lequel a d'abord été élaboré à partir d'un concept paradoxal – foucauldien – de *sujet* (cf. *supra* : §2.1). Or le « je » auquel on écrit de plus en plus aujourd'hui à l'université – tel un acte de rébellion contre ce vieux « nous » universitaire que l'on trouvait hautain, pompeux, désincarné, abstrait –, ce « je » auquel on parle même dans la vie de tous les jours – tous nos *je veux, je vais, je crois, je fais, j'aime et je n'aime pas, je m'insurge* –, reste bien entendu le plus souvent un « je » du sens commun,

orthodoxe au sens de la *doxa*, de l'orthodoxie humaniste, individualiste et libérale, voire néo-libérale – et ce n'est peut-être pas un hasard si la brillante carrière universitaire du « je » a été propulsée, souvent sous des masques idéologiques « progressistes », dans le dernier quart du 20^e siècle... (un travail archéologique serait bien sûr nécessaire pour vérifier cette hypothèse).

Si l'on peut soutenir, non seulement à partir des concepts foucaldiens, mais aussi de ceux de la psychanalyse – et donc de la psychothérapie institutionnelle –, que ce « je » est souvent illusoire et trompeur, c'est avant tout parce qu'il tend à occulter, à « refouler » cela même qui le constitue à l'origine, cela même qui ne cesse ensuite de le construire comme sujet et de lui donner toute sa consistance psychique et même ontologique, à savoir, en un mot : *l'Autre*. C'est pourquoi la formule lumineuse, visionnaire et paradoxale d'Arthur Rimbaud (1929) – « *Je est un autre* » – trouvera un écho aussi important à la fois dans la psychanalyse et dans la philosophie critique françaises du 20^e siècle, que cet Autre soit pensé comme inconscient, comme langage, comme Histoire, comme devenir, comme Dehors, comme folie... Bien sûr, cet Autre qui constitue et aliène le « je » n'est jamais *un seul* « autre », ce n'est pas un autre « je » ni donc un simple *alter ego* identifiable (auquel cas nous entrerions de toute façon dans une régression à l'infini, régression dans laquelle les autres se multiplieraient à partir de cet *autre* de l'autre...). L'Autre est toujours éminemment – sinon infiniment... – *pluriel, multiple, hétérogène*, voire éclaté, et il en va donc de même pour ce « je » fragile qui se constitue à partir de lui, dans ou à partir de ses traces, mais qui s'efface aussi par là derrière lui « comme à la limite de la plage un visage de sable » (Foucault, 1966 : 455)... Le sujet de l'inconscient de la psychanalyse et le sujet paradoxal de Foucault, comme le « je » errant de Rimbaud sans doute, ont en commun d'être ce que le psychanalyste français René Kaës (2007) appellera si justement des *singuliers pluriels* : ils devront être pensés en tant qu'ensembles hétérogènes, en tant que groupe(s) ou « ensembles de groupes » sans cesse recomposés (Kaës, 2007 ; 2010), voire en tant qu'*institution* (Guattari, 2003 ; Oury et al., 1985), en tout cas en tant que *multiplicités* (Deleuze et Guattari, 1972 ; 1980). De sorte que, même quand on en vient finalement à « écrire au je », même quand on croit écrire et penser « par soi-même », on écrit et pense toujours à *plusieurs*, avec tous ces innombrables autres qui constituent, habitent, peuplent et débordent ce « je » qu'est le sujet et que « je suis » (cf. aussi Deleuze et Guattari, 1980).

Il pourrait certes être tentant de revenir alors au vieux « nous » universitaire, en prenant soin de bien l'épousseter, pour rendre compte de cette dimension forcément groupale, plurielle et *sociale* de la subjectivité du chercheur – comme de toute subjectivité. Un choix qui pourrait se défendre et se justifier,

mais qui n'est évidemment pas celui qui a été fait dans la présente recherche – ce « nous », universitaire ou pas, paraissant encore beaucoup trop « personnalisé » – et personnalisé, qui plus est, de la « première personne » –, trop défini ou définissable, comme un ensemble de « je » que l'on pourrait identifier, non sans occulter aussitôt tous leurs autres. On aura préféré suivre Rimbaud (1958) jusqu'au bout dans sa vision : « *C'est faux de dire : je pense : on devrait dire : On me pense. — Pardon du jeu de mots. — Je est un autre. Tant pis pour le bois qui se trouve violon, et Nargue aux inconscients, qui ergotent sur ce qu'ils ignorent tout à fait !* ». On aura préféré l'anonymat de ce « On » (tout le monde et personne en même temps), déjà si bien analysé par Martin Heidegger (1985) comme participant de l'aliénation existentielle fondamentale du *Dasein*¹⁴ – l'être-là, ou l'être humain, pour faire court –, qui n'est pas encore parvenu à se poser les questions de l'être et donc de son être, mais que l'on retrouve aussi ensuite, pour ainsi dire revalorisé conceptuellement, en tant qu'anonymat du *discours*, chez Foucault (1969) : le « On me pense » rimbaldeen devient alors, à la faveur de la révolution structuraliste et linguistique, un « On (me) parle », c'est-à-dire que le sujet n'est plus tant pensant ni même seulement « parlant », mais il est aussi et d'abord *parlé* par ce « On » discursif, par les discours et signifiants dans lesquels il est, là aussi, forcément aliéné, puisqu'ils le constituent en tant que sujet et « parlêtre » (Lacan, 1975b ; cf. aussi *supra* : §2.3). En somme, il faut déjà être parlé par plusieurs voix, par plusieurs discours, par plusieurs autres, pour pouvoir en venir à dire « je », à « écrire au je », et ce « je » nécessairement polyphonique, dans lequel résonne une pluralité de voix souvent discordantes, ignore généralement tout, de prime abord, de ces multiplicités discursives, de ces multiplicités d'énoncés et de signifiants et de discours conflictuels, de tous ces autres qui le constituent et le divisent et le font *ex-sister* (hors de lui-même) comme sujet – et tant pis pour le bois qui se trouve violon... et pour celui qui croit pouvoir dire « je » comme s'il était l'auteur de ces discours qui le parlent, et donc sans explorer cette profondeur discursive qui le constitue tout en l'aliénant. « Nargue aux inconscients », analyse infinie.

Pouvoir dire « je » et éventuellement « nous », pouvoir parler et écrire au « je » ou éventuellement au « nous » (comme collectif – non universitaire – de singularités plurielles), c'est sans doute pourtant, paradoxalement, l'horizon et le sens de toutes ces démarches analytiques élaborées au 20^e siècle – de la psychanalyse à l'analyse existentielle ou existentielle (*Daseinanalyse*), en passant, différemment et peut-être dans une moindre mesure (on y reviendra), par l'analyse du discours *et même par l'analyse institutionnelle* : le fameux « *Wo Es war, soll Ich werden* » de Freud (1984), traduit par Lacan (1966b) « *Là*

¹⁴ « *De prime abord, "je" ne "suis" pas au sens du Soi-même propre, mais je suis les autres selon la guise du On* » (Heidegger, 1985 : 117).

où c'était [là où était "Ça"], je dois advenir », pourrait en effet très bien être retraduit dans ces autres perspectives théoriques et pratiques analytiques comme un « Là où était le Discours, là où était l'Autre [et son pouvoir anonyme], là où On était, "je" dois advenir, "nous" devons advenir comme [groupes-]sujets » – de nos vies, de nos existences, de notre parole et de nos langues, de notre travail, de nos « institutions », de nos sociétés. Analyse infinie. Entendre encore qu'on n'(y) arrivera jamais complètement.

On aurait sûrement tort de voir dans ces quelques remarques philosophiques, psychanalytiques et grammaticales – à la ponctuation douteuse – une digression par rapport à l'objet de cette recherche – ou faudrait-il déjà dire au *sujet* de cette recherche ? Au contraire, on pourra soutenir que l'on touche peut-être là au cœur même de ce qu'est, de ce que « doit » (*soll*) être ou devenir (*werden*) la psychothérapie institutionnelle – en tout cas si l'on reconnaît avant tout dans celle-ci, avec Oury et Pouillaude (2014 : 8), une *clinique de la double aliénation*. C'est en effet bien cet Autre de l'aliénation, cet Autre qui constitue le sujet tout en le rendant étranger à lui-même, qui est ici en question, à la fois dans la psychothérapie institutionnelle, dans cette recherche-voyage au cœur de la folie – qui n'est jamais qu'une des formes que prend cette aliénation –, mais aussi dans cette impossibilité ou ce refus radical d'« écrire au je » et de jouer du violon, en tout cas sans avoir interrogé préalablement – et minimalement – cet Autre qu'est le « je ». Car si cet Autre est ici en question aussi radicalement, c'est bien entendu toujours dans une perspective de « désaliénation » – ce qui devrait aussi valoir pour la présente recherche : là où c'était, là où était l'objet de recherche (au sens d'une soi-disant objectivité aliénante), *devra advenir le sujet de la recherche (et son objectalité désirante)*.

On pourra ainsi penser qu'il est parfois pertinent, voire indispensable, même et surtout en contexte de recherche, d'« écrire au je » – ne serait-ce que pour commencer justement à dégager cet Autre, tous ces autres imaginaires et symboliques, toutes ces multiplicités discursives et ces énoncés qui se « rassemblent » et s'agencent, même si c'est toujours de manière éphémère et mouvante, pour constituer et mettre en mouvement – et éventuellement en recherche, en quête – quelque chose comme un « je », une irréductible singularité désirante, une subjectivité, sorte de territoire traversé par de multiples lignes de désir, de fuite et de devenir (Deleuze et Guattari, 1972 ; 1980). Un mémoire de maîtrise en travail social ne saurait sans doute être le lieu approprié pour faire une telle analyse – infinie – du « je » ni même pour chercher à en rendre compte ; et pourtant, tout dans la recherche entreprise ici semble, depuis le début d'ailleurs, nous ramener directement vers ce lieu de l'analyse et de la mémoire, vers cette topique de la « mémoire longue » et donc de l'inconscient, là où s'enracineraient les désirs les plus tenaces, ceux-là

mêmes qui ont donné à cette recherche non seulement son impulsion, mais aussi son « objet ». *Qu'est-ce que je fous là ?*

4.2.2 Les machines (désirantes)

J'ai d'abord rencontré la psychothérapie institutionnelle – et La Borde – en 2008. Une rencontre indirecte, presque périphérique, un peu comme lorsqu'on rencontre, dans une soirée, les amies d'un ami – ces autres de l'autre ? –, qui elles-mêmes ne deviennent pas tout de suite des amies, encore moins des amantes, mais qui le deviendront seulement plus tard. L'ami, l'autre, c'était ici le philosophe français Gilles Deleuze. Ou peut-être était-ce plutôt le professeur – aujourd'hui retraité – qui m'a présenté Deleuze, qui me l'a fait connaître et surtout aimer : Jacques Aumètre ? On voit déjà que les autres (et les amis) se multiplient, vont se multiplier dans toutes les directions.

En 2008, je terminais mes études de premier cycle en philosophie et en sociologie à l'Université du Québec à Montréal, études au cours desquelles j'avais suivi assidument les cours que donnait ce professeur, Jacques, un grand homme aux allures d'*apparatchik* – fonctionnaire soviétique –, sombre et gris, toujours distrait, souvent en retard et donc toujours pressé, à la démarche faussement assurée. Il était alors le spécialiste de philosophie dite continentale (allemande et française) dans un département beaucoup plus porté vers une philosophie analytique – logico-mathématique – anglo-saxonne qui me rebutait profondément, voire me dégoûtait. J'étais « abonné » à ses cours, donc, à un point tel où l'on pourrait dire que ma formation de base en philosophie, c'est Jacques qui me l'a donnée – il a enseigné presque un tiers des cours (et presque la moitié des cours de philosophie) que j'ai suivis pendant mes études de premier cycle, le plus souvent par choix, par affinité de pensée. Peut-être une sorte de premier « maître », donc, cet Aumètre – bien que ni lui ni moi ne nous soyons jamais reconnus dans une telle relation de maître et disciple –, mais il faudrait ajouter aussitôt : un *maître sans disciples*, et certainement *sans discipline* – je crois qu'il aurait pu se reconnaître là, vieil anarchiste (mal) couronné (Artaud, 2003 ; Deleuze, 1968), comme moi j'aurais pu me reconnaître comme *disciple sans maître* – sans doute beaucoup trop discipliné à l'époque, d'ailleurs –, sauf précisément de ces maîtres sans disciples ni discipline (cf. aussi le bel article illustré de Catherine Vallon (2022) dans un numéro récent de la revue *Chimères*). Nous sommes devenus amis par la suite, c'était plus simple, certainement plus philosophique aussi (cf. Deleuze et Guattari, 1992), et nous avons partagé maintes bouteilles de rouge sur les terrasses et dans les parcs montréalais.

Or, à la fin de l'année 2007, Jacques me voyait hésitant, presque déchiré même, entre plusieurs pensées qu'il m'avait lui-même enseignées dans les années précédentes : celles de Nietzsche, de Freud, de Marx, de théoriciens anarchistes, de l'École de Francfort... notamment. J'énonçais déjà à ce moment le vague projet philosophique de « réconcilier » ces pensées – souvent considérées comme irréconciliables, en tout cas pour Nietzsche et Marx – pour en faire une sorte de triade révolutionnaire – « *Nietzsche, Freud, Marx* », comme le veut le titre d'un célèbre article de Michel Foucault (2001a) –, non pas seulement sur le plan d'une herméneutique archéologique ou d'une méthode d'interprétation, comme le proposait déjà magistralement Foucault, mais aussi sur le plan des concepts mêmes et de leurs incidences pratiques et politiques : nihilisme (Nietzsche), névrose (Freud) et aliénation (Marx) m'apparaissaient comme trois points de vue sur un « même » phénomène pathologique, sur un même *pathos* à plusieurs facettes ; je pressentais qu'ils avaient sans doute un même ressort qu'il fallait chercher à dévoiler pour pouvoir mieux le « briser ». C'était une intuition. « Révolutionnaire ». Qui me paraît aujourd'hui extrêmement naïve, sinon absurde, et j'éprouve même une certaine gêne à seulement l'évoquer ici. Mais cette intuition a pourtant été décisive dans le parcours – certes sinueux – qui m'a (r)amené à la psychothérapie institutionnelle et à La Borde quinze ans plus tard. On aura d'ailleurs remarqué que les deux « jambes » de la psychothérapie institutionnelle, Freud et Marx, sont au cœur de cette « triade », et qu'elles occupaient déjà mes pensées dès les années 2000.

Je me souviens d'ailleurs très bien de cette rencontre avec Jacques, dans son bureau sombre du pavillon W, au cours de laquelle je lui avais partagé maladroitement cette intuition. Je m'en souviens, car Jacques *s'endormait* chaque fois que je prenais la parole. Il s'était certes excusé et justifié, disant que cette hypersomnie était causée par son diabète. Mais on comprendra que j'étais ressorti de cette rencontre sans beaucoup d'enthousiasme et surtout avec beaucoup de doutes quant à cette intuition – somnifère ? – qui me paraissait pourtant prometteuse quelques heures plus tôt. À la fin de la rencontre, entre deux bâillements, Jacques m'avait toutefois lancé une suggestion, là aussi sans beaucoup d'enthousiasme : « Tu voudras sûrement lire *L'anti-Œdipe*. » Je l'avais notée – sans beaucoup de conviction – dans mon cahier, me rappelant que les meilleures idées viennent parfois en dormant... De fait, je pense pouvoir dire que cette suggestion « hypnotique » a changé ma vie – philosophique, intellectuelle et donc forcément (im)personnelle.

En rentrant chez moi après cette rencontre déroutante au pavillon W, je m'étais arrêté à la librairie Zone Libre, juste à côté sur la rue Sainte-Catherine, où j'avais bien sûr aussitôt trouvé et feuilleté *L'anti-Œdipe*,

ce premier tome de *Capitalisme et schizophrénie*, belle brique blanche publiée en 1972 aux Éditions de Minuit. Je me souviens encore du frisson qui m'avait traversé en lisant, debout devant le long mur de livres, les premières lignes du premier chapitre, « Les machines désirantes ». Je les ai souvent relues par la suite et je pourrais sûrement les (ré)citer par cœur encore aujourd'hui : « *Ça fonctionne partout, tantôt sans arrêt, tantôt discontinu. Ça respire, ça chauffe, ça mange. Ça chie, ça baise. Quelle erreur d'avoir dit le ça. Partout ce sont des machines, pas du tout métaphoriquement : des machines de machines, avec leurs couplages, leurs connexions* » (Deleuze et Guattari, 1972 : 7). Je venais d'entreprendre, ce jour-là, la « promenade du schizophrène ». Les plus perspicaces, et ceux qui me connaissent intimement, diront que je l'avais sûrement déjà entreprise bien avant, cette promenade, et donc que tout me destinait à cette rencontre – on est déjà pleinement dans le transfert ici –, à cette plongée parmi les machines désirantes. C'est vrai. Comme il est vrai que je ne m'en suis jamais vraiment « remis » par la suite, et jusqu'à aujourd'hui : si je suis revenu à la psychothérapie institutionnelle et à La Borde quinze ans plus tard pour y faire une nouvelle « promenade », ou pour y prolonger la précédente sur un plan clinique, c'est certainement par et avec le « même » désir machinique, avec les « mêmes » machines désirantes. Il faudra encore essayer de préciser lesquelles – c'est la « vraie question » de ce que Deleuze et Guattari (1972 : 345) ont appelé la *schizo-analyse* : « *Qu'est-ce que c'est, tes machines désirantes pulsionnelles à toi ? et quel fonctionnement, dans quelles synthèses entrent-elles, opèrent-elles ? quel usage en fais-tu dans toutes les transitions [...] qui constituent le cycle où l'inconscient, restant sujet, se produit lui-même ?* » Qu'est-ce que tu fous là... ?

J'ai passé l'hiver à lire *L'anti-Œdipe* avec Jacques – lui qui avait d'ailleurs fait sa thèse sur Deleuze à Paris dans les années 1970, *Deleuze ou la décapitalisation* –, dans le cadre de ce qu'on appelait à l'époque les « lectures dirigées » (mais inutile de préciser que Jacques ne dirigeait pas grand-chose). Je n'ai certainement pas tout compris dans ce livre difficile et éclaté – plusieurs diraient indigeste –, mais j'ai vite compris pourquoi Jacques m'avait suggéré, à partir de mon intuition somnifère d'une triade révolutionnaire « Nietzsche, Freud, Marx », d'aller voir du côté de Deleuze-Guattari et de leurs machines désirantes. J'ai surtout compris qu'il ne pourrait s'agir de « réconcilier » ces gigantesques pensées (là était sans doute la naïveté de mon intuition), en tout cas sans perdre aussitôt ce qui fait toute leur force révolutionnaire ; la réconciliation, l'*Aufhebung*, la dialectique, ce sont déjà des rêves et des mirages de névrosés animés par une triste volonté réactionnaire – voire nihiliste – de brider sinon nier la pensée et la vie dans toute leur puissance créatrice – Œdipe (papa, maman, moi...) en étant pour ainsi dire l'archétype inconscient, ou plutôt la clé de voûte forgée par la psychanalyse pour dialectiser et juguler l'inconscient.

L'anti-Œdipe peut d'ailleurs être lu comme une anti-dialectique à tous les points de vue, et pas seulement inconscient : il ne s'agira plus de réconcilier des contraires, de dépasser des contradictions, mais bien d'*agencer*, c'est-à-dire de *connecter*, de coller des morceaux même disparates, d'assembler comme on assemble des machines ou des pièces de machines, pour en faire une nouvelle machine qui libérera et fera circuler de nouveaux flux, qui produira quelque chose d'absolument nouveau. Révolution. Contre le processus dialectique et réactionnaire qui caractérise l'inconscient œdipien-névrotique de la psychanalyse familialiste classique, il s'agit donc d'affirmer ce processus machinique et révolutionnaire que l'on pourra qualifier de proprement *schizophrénique* et qui serait d'abord caractéristique non seulement de l'inconscient psychotique, mais aussi de *tout* inconscient – une fois libéré justement de ce « carcan œdipien ». Psychotiser l'inconscient névrotique là où Freud (2004) avait précisément cherché à névrotiser l'inconscient psychotique, à y voir du « papa-maman » partout. Ce qui est possible, ce qui est obtenu non pas en réconciliant Nietzsche, Freud, Marx, bien sûr, mais en agençant et connectant leurs machines conceptuelles, ces prodigieuses machines à penser que sont « Nietzsche » (vitalisme anti-dialectique), « Freud » (inconscient, désir), « Marx » (production sociale, machines, usine) – sans oublier, toujours derrière, « prince des philosophes » parce que philosophe de l'immanence, « Spinoza » (Nature, Substance, composition) (Deleuze et Guattari, 1992 : 49-50). Et combien d'autres machines, plus petites mais non moins utiles et efficaces dans cette grande usine. Grand puzzle philosophique, *patchwork* jamais achevé mais toujours transgressif et subversif dans son processus même. Schizophrénie et révolution.

4.2.3 La promenade du schizophrène

Schizophrénie et révolution : on est déjà un peu dans la psychothérapie institutionnelle, déjà un peu à La Borde – à tout le moins d'un côté de cette ligne tendue qui traverse la clinique et lui donnait son courant électrique, « courant alternatif à bitension » (Oury et Depussé, 2003 : 225 ; cf. *supra* : §4.1.6). Côté Nord, pôle positif, bien sûr – celui occupé par Guattari. Mais à l'époque, Guattari était pour moi seulement « l'ami de l'ami » – car j'étais arrivé à *L'anti-Œdipe* avec Jacques et donc par Deleuze, dont j'avais déjà lu plusieurs textes pendant mes études en philosophie. Guattari, donc, c'était l'ami et l'autre de Deleuze, comme il avait pu devenir depuis les années 1950 l'ami et l'autre d'Oury, et toujours un peu dans l'ombre de l'un comme de l'autre – et c'est là sans doute, dans l'ombre, qu'il s'est avéré le plus génial et prolifique, prodigieuse machine créatrice de concepts lorsqu'elle se connectait à ces autres machines, cette machine philosophique qu'est Deleuze ou cette « machine à soigner » qu'est La Borde, où il a passé une grande partie de sa vie. Dans cette position d'éternel « ami d'ami », d'ami de l'ombre dont on ne perçoit pas toujours l'importance, Guattari, « Félix » pour les intimes, a certainement été une pièce centrale, dès 2008,

dans ma propre machinerie désirante et fantasmatique qui m’a amené à La Borde, à la psychothérapie institutionnelle : c’est lui, dans une large mesure, qui fait connexion, qui permet l’agencement machinique – de Deleuze à Oury, mais surtout *de la philosophie à la clinique*. Aussi me semble-t-il essentiel de souligner, pour les fins de la présente recherche, que je suis d’abord arrivé à La Borde *par le Nord*, par le pôle positif – en un mot : les philosophies de l’immanence et de la joie –, et non par le Sud et par le pôle « négatif » – Oury, Lacan, Maldiney, Heidegger, Kierkegaard et toutes les « philosophies de l’angoisse ».

Je n’ai d’ailleurs jamais lâché Deleuze et Guattari par la suite, ni leurs machines désirantes – c’est presque un mode de vie avant d’être une pensée ou une philosophie (comme si les deux pouvaient vraiment être distingués). À la fin de cette même année 2008, j’entreprenais une maîtrise internationale en Europe (France, Tchéquie et Belgique), toujours en philosophie, au cours de laquelle j’ai surtout poursuivi ma lecture de Deleuze – et notamment du deuxième tome de *Capitalisme et schizophrénie : Mille Plateaux* (Deleuze et Guattari, 1980) –, cette fois avec un nouvel « ami » et directeur de recherche à Toulouse, Pierre Montebello (2008 ; 2019), qui m’a aussi introduit à Spinoza et permis une nouvelle lecture de Nietzsche. Une véritable plongée dans l’immanence, en somme, dont on ne revient jamais que « les yeux rouges, même si ce sont les yeux de l’esprit » (Deleuze et Guattari, 1992 : 44). Pressentant peut-être qu’un pôle positif, aussi hyperactif soit-il, ne produit jamais de courant à lui seul, j’ai aussi profité de ces années d’études pour dégager et explorer ce qui m’apparaissait comme un pôle « négatif » de la pensée – reposant sur la transcendance, pour faire court –, entre autres avec la lecture critique de Heidegger (1929) et d’un philosophe français qui s’en est beaucoup inspiré pour « *penser l’homme et la folie* » (c’est le titre de son chef-d’œuvre), Henri Maldiney (2007), qui est d’ailleurs encore souvent évoqué à La Borde aujourd’hui. Cette première tentative – infructueuse à mon avis – pour connecter les deux pôles d’une pensée de la folie – que l’on retrouve donc aussi à La Borde et qui produisent son « courant électrique alternatif » – a donné un essai, que j’ai rédigé à l’automne 2009 sous la direction de Pierre Montebello : *Angoisse, schizophrénie et révolution : Deleuze et Heidegger, ou le pathos de la philosophie*. J’ai toujours aimé ce titre, comme s’il avait capté quelque chose de cette intention (ou in-tension) électrique, presque bipolaire, qui a animé l’ensemble de mon travail en philosophie pendant toutes ces années. Mais je le cite surtout pour souligner que la question de la folie et du *pathos* – comme fond de la pensée (et) de l’être¹⁵,

¹⁵ « Le fond de l’esprit est délire », écrivait déjà Deleuze (2010) en 1953 dans son beau livre sur l’empirisme du philosophe anglais David Hume – une idée qu’il ne cessera ensuite de reprendre et de reformuler dans la suite de son œuvre, notamment avec Guattari dans les deux tomes de *Capitalisme et schizophrénie*. Dans une tout autre perspective – phénoménologique et existentialiste, et donc marquée par la transcendance –, mais qu’il

de leur rencontre – était déjà centrale, et même déjà dans une perspective sociopolitique – dite « révolutionnaire » –, dans mon travail et même dans ma vie dès la fin des années 2000.

Schizophrénie et révolution : j'étais encore presque aux portes de La Borde, de la psychothérapie institutionnelle – théoriquement mais aussi géographiquement. Mais sans la moindre expérience clinique – et je devrais même dire : sans le moindre *intérêt* pour la clinique à l'époque ; je n'y songeais même pas, sauf peut-être pour plus tard, beaucoup plus tard, quand je serais « vieux ». J'y repense aujourd'hui, non sans une certaine culpabilité, comme une *fuite* devant mon désir, comme si quelque chose s'était enrayé et bloqué dans « mes » machines désirantes, comme si elles avaient déraillé, faute sans doute d'avoir été bien analysées et « huilées », ou faute d'avoir trouvé de nouvelles machines – cliniques – auxquelles se connecter. Au fond, je ne savais même pas pourquoi la folie me fascinait, je ne savais pas *ce qui*, dans la folie, me fascinait autant, par-delà les justifications philosophiques – « empiriques transcendantales » (Deleuze, 1968 : 187) – complexes que je pouvais bien sûr fournir. C'était donc seulement éprouvé souterrainement et sans doute douloureusement, sûrement sur un plan imaginaire – celui de la fascination –, sans jamais être élevé au symbolique, à la parole, au langage : pourquoi la folie, pourquoi *moi* – bref, *qu'est-ce que je fous là ?* Aussi ai-je sans doute dû « céder sur mon désir », comme le veut la formule célébrisime et souvent mal comprise de Lacan (1986 : 368 ; Leguil, 2022). Mais peut-être pas complètement – car je ne céda pas en même temps sur ce qui *n'était pas* mon désir, sur ce qui était manifestement le désir d'un Autre : je refusais notamment cette carrière universitaire à laquelle « on » se destine spontanément quand « on » finit une maîtrise et qu'« on » est poussé – par tout le monde et personne en même temps – à entreprendre un doctorat, qui souvent enferme définitivement dans les murs de l'université. Je ne savais peut-être pas où était mon désir, je ne le saurais sans doute jamais, mais je savais qu'il n'était pas là.

J'avais les yeux rougis par ces années passées à flirter avec l'immanence – « même si ce sont les yeux de l'esprit ». Les yeux rougis sans doute aussi par ces années passées devant un écran d'ordinateur et dans les livres, sous les néons clignotants des bibliothèques, aux quatre coins de l'Europe. « Je » m'étais

me paraissait pertinent de confronter, voire de *connecter* à celle de Deleuze sur le plan onto(patho)logique, Heidegger (1985) faisait de l'angoisse l'affect fondamental du *Dasein* (c'est-à-dire de l'*être-là*, de l'existant qu'est l'humain) et donc une « ouverture privilégiée » à son être et à l'être de l'étant : « [C]'est l'angoisse comme mode de l'affection qui, la première, ouvre le *monde* comme *monde* », écrivait-il dans son chef-d'œuvre *Être et temps*, ajoutant plus loin : « L'angoisse [...] livre le sol phénoménal requis pour la saisie explicite de la totalité originaire d'être du *Dasein*. »

déterritorialisé, ou plutôt avais-« je » été déterritorialisé par des forces obscures, arraché à moi-même, à ces petits territoires que sont le moi et son monde – et sans doute y avait-il eu beaucoup de désir et d'élan vital dans tous ces mouvements de la pensée et du corps –, mais sans trop savoir ni où ni comment j'allais pouvoir me reterritorier ensuite – même au sens le plus platement géographique. J'étais amoureux d'une philosophe-danseuse bulgare, un peu yogi aussi, qui vivait à Sofia ; j'avais eu de merveilleuses amantes dont je n'étais peut-être plus amoureux, mais que j'aimais beaucoup, à Prague, à Paris, à Bruxelles ; j'avais des amis qui auraient facilement pu devenir des amants, au moins au sens socratique et philosophique, et que j'aimais donc profondément aussi, à Chişinău, à Toulouse, à Berlin, à Sao Paolo, mais aussi à Montréal et Québec. J'aimais beaucoup et tout le temps – et sans doute y avait-il quelque chose dans tout cet amour dispersé de l'ordre d'une « couverture du désir », une sorte de voile ou même de « divertissement ». Comme si je fuyais le désir dans et par l'amour – et donc dans l'autre, dans ces autres que je disais aimer, que j'aimais sans doute bien mal. Et pas seulement dans les autres, mais aussi dans les *ailleurs*, toujours ailleurs, toujours plus loin : je rêvais aussi et surtout de déserts, d'océans, de montagnes, de ciels étoilés, de forêts tropicales, d'orages électriques, d'animaux sauvages, de hurlements à la lune. Avec ou sans l'amoureuse, avec ou sans les amantes, avec ou sans les amis. Peut-être plus *sans*, tout compte fait – la solitude solaire ne me faisait pas peur, bien au contraire. Je voulais me laisser brûler par le soleil. J'avais soif d'art et de poésie et de littérature, dans toutes les langues du monde, peut-être même surtout dans celles qui n'existent pas encore.

Sans doute voulais-je au fond lever la « couverture » et éprouver quelque chose du désir, et d'abord de ce désir qui ne s'éprouve absolument pas comme manque mais toujours et seulement comme trop-plein (Deleuze et Guattari, 1972), de ce désir dont j'avais exploré le concept philosophique pendant toutes ces années – mais peut-être sans jamais vraiment réussir à le toucher dans sa matérialité machinique –, de ce désir singulier qui était le mien – *qu'est-ce que je fous là sur cette terre ?* – et dont je voulais commencer à cartographier les territoires qu'il investit, les connexions qu'il opère et les lignes de déterritorialisation qu'il emprunte ou pourrait emprunter. Sans doute voulais-je au fond atteindre – ou du moins me diriger vers – ce point d'immanence spinoziste où « il n'y a plus aucune différence entre le concept et la vie » (Deleuze, 1981 : 175) – pratique philosophique (de soi) qui, on en conviendra, se réalise bien mieux dans le désert qu'à l'université, dont l'essence est peut-être d'utiliser le concept – au sens quasi publicitaire – pour brider la vie et le désir et les canaliser dans la grande machinerie sociale. Sans doute voulais-je encore prolonger – et élargir – la « promenade du schizophrène », cette fois sur un autre plan, sur un nouveau plan d'immanence. Il fallait repartir.

Le schizo sait partir : il fait du départ quelque chose d'aussi simple que naître et mourir. Mais en même temps son voyage est étrangement sur place. Il ne parle pas d'un autre monde, il n'est pas d'un autre monde : même se déplaçant dans l'espace, c'est un voyage en intensité, autour de la machine désirante qui s'érige et reste ici. C'est ici qu'est le désert propagé par notre monde, et aussi la nouvelle terre, et la machine qui ronfle, autour de laquelle les schizos tournent, planètes pour un nouveau soleil. Ces hommes du désir (ou bien n'existent-ils pas encore) sont comme Zarathoustra [cf. Nietzsche, 1980]. Ils connaissent d'incroyables souffrances, des vertiges et des maladies. Ils ont leurs spectres. Ils doivent réinventer chaque geste. Mais un tel homme se produit comme homme libre, irresponsable, solitaire et joyeux, capable enfin de dire et de faire quelque chose de simple en son propre nom, sans demander la permission, désir qui ne manque de rien, flux qui franchit les barrages [...], nom qui ne désigne plus aucun moi. Il a simplement cessé d'avoir peur d'être fou. [...] Que vaut, que vaudrait ici un psychiatre ? (Deleuze et Guattari, 1972 : 156)

Je suis effectivement reparti. Grands voyages en intensité, voire en *in-tension*, électrique encore, autour de grandes machines désirantes, mais aussi en *ex-tensité*, en extension, dans l'espace – des déserts de l'Utah aux plus hauts sommets des Pyrénées, des forêts et volcans de l'Amérique centrale aux mégapoles de l'Amérique du Nord, des rives de la mer Noire aux déserts de l'Afrique du Nord. L'extension ne garantit bien sûr absolument rien en intensité : il n'est pas simple d'arriver à ce plan d'immanence, d'expérimenter quelque chose de ce processus de production désirante qu'est la schizophrénie – au sens non psychiatrique et non diagnostique, on l'aura bien compris (cf. Deleuze et Guattari, 1972). C'est peut-être même une sorte d'impossible, d'impensé et d'impensable – « transposable » ou « transpassible » aurait dit Henri Maldiney (2007). Et cette expérimentation de l'impossible suppose non seulement toute une ascèse, une pratique de soi, un « travail sur soi » comme on aime dire aujourd'hui quand on travaille « dans le social », mais elle comporte aussi des risques extrêmes, à commencer (ou à finir...) par la « perte » ou la destruction de ce soi, du « moi » : on fait ce travail en espérant opérer une traversée, une percée (*breakthrough*) vers la lumière du monde, vers l'immanence, mais sans jamais savoir si – ni comment – on en reviendra, ni dans quel état, sans jamais savoir si on ne va pas s'y enliser, si le *breakthrough* ne va pas basculer en *breakdown* (effondrement), si la ligne de désir et de vie que l'on suivait avec fébrilité ne va se transmuter en ligne de destruction et de mort – *destrudo* (Deleuze et Guattari, 1972 ; 1980 ; Laing, 1967). Je ne sais pas si j'avais la force à l'époque pour faire cette ascèse, pour affronter cet impossible en évitant l'effondrement. Je sais seulement que je me suis effondré plus d'une fois, même si ce n'est sûrement pas d'un effondrement proprement schizophrénique – mais je n'ai évidemment demandé l'avis d'aucun psychiatre, car... « que vaudrait ici un psychiatre ? » (Deleuze et Guattari, 1972 : 156). Je repense aujourd'hui à ces années lumineuses comme un véritable *trou noir* dans ma vie de parfait névrosé – j'y ai certainement vécu les moments les plus intenses et joyeux et douloureux de ma vie, notamment lors de ces deux grandes traversées motorisées des États-Unis, à *la Kerouac*, d'est en ouest, en 2012 et 2014, mais

surtout lors de cette grande traversée « ascétique » des Pyrénées en 2015, franchissant à pied, à *la Zarathoustra*, d'ouest en est cette fois, sur plus de 900 kilomètres, cette même chaîne « signifiante » de montagnes que Tosquelles avait franchie du sud au nord en 1939 pour fuir Franco et aller inventer la psychothérapie institutionnelle en France.

Quelque chose a manifestement bougé en moi lors de cette traversée de 53 jours entre le Pays basque (Hendaye) et la Catalogne (Portbou). Je ne saurais dire ni quand ni où ni quoi exactement. Mais ça concernait de toute évidence mon désir, mes machines désirantes – peut-être ne m'étais-je d'ailleurs jamais senti aussi vivant qu'en devinant la Méditerranée à l'horizon, le 8 août 2015 à l'aube, en sortant de ma petite tente pour préparer un mauvais café instantané. Fait qui n'est peut-être pas anodin quand j'y repense : de Portbou – village frontalier espagnol où le philosophe juif allemand Walter Benjamin, fuyant les nazis, s'est suicidé en 1940, ce qui avait suffi à motiver le choix symbolique de ce « point de chute » au niveau de la mer –, j'avais pris un train pour Barcelone puis pour Zaragoza, où j'avais rejoint deux de mes meilleurs amis philosophes qui y passaient leurs vacances estivales : Oleg, philosophe moldave et grand lecteur de Foucault, et Saki, sa compagne, philosophe japonaise, grande lectrice d'Oury et qui travaillait alors dans une communauté thérapeutique de Bruxelles, le Wolvendael, fortement influencé dans ses pratiques par la psychothérapie institutionnelle. Foucault, Oury, la psychothérapie institutionnelle : on pourrait croire que toute la présente recherche a d'abord été imaginée avec Oleg et Saki, il y a sept ans, au bord d'une piscine de Zaragoza, où j'ai certainement passé deux des plus belles semaines de ma vie, à soigner mon corps meurtri par l'épreuve pyrénéenne et à philosopher jusqu'à toujours très tard dans la nuit espagnole. Pourtant il n'en est rien – ou du moins, s'il en est quelque chose, je n'en savais rien à ce moment, tout se passait à mon *insu*, comme tout ce qui relève du désir sans doute. J'allais encore faire de multiples détours avant de commencer à dégager ou libérer quelque chose de ce désir et de « revenir » à la psychothérapie institutionnelle. Mais tout « ça » avait commencé à bouger en moi.

L'hiver suivant, alors que je m'étais réfugié chez ma mère dans une vallée de la Matapédia ensevelie sous des mètres de neige, j'ai relu presque nerveusement les deux tomes de *Capitalisme et schizophrénie* – un autre voyage en soi, voyage en intensité, sans doute un « pèlerinage » en intensité dans mon cas. Presque nerveusement, et un peu naïvement, comme si j'espérais y trouver quelque chose sinon pour comprendre ce qui bougeait machiniquement en moi et autour de moi après ces années d'errance, du moins pour m'orienter vers de nouvelles lignes de devenir. Je n'y ai évidemment rien trouvé à cet égard, rien de plus que lors de mes précédentes lectures « universitaires » – à part peut-être, ce qui serait déjà pas mal et

déjà moins universitaire, un nouveau *désir d'analyse*. Je comprenais que les machines désirantes dont il était question dans *L'anti-Œdipe* n'étaient pas les miennes, même si j'arrivais manifestement à y connecter, à chaque fois, mes propres machines singulières. Mais on ne fait pas une schizo-analyse en lisant une « introduction à la schizo-analyse » (Deleuze et Guattari, 1972 : chap. 4), pas plus qu'on ne fait une psychanalyse en lisant les *Cinq leçons* ou les *Quatre concepts*. Je le savais déjà, certes, mais ce qui était (re)nouveau, c'était donc ce *désir*.

4.2.4 Cet obscur objet du désir

On s'en doute, les schizo-analystes ne courent pas les rues, ni au Québec, ni nulle part ailleurs. Ce n'est pas non plus ce que je cherchais. Je ne cherchais au fond qu'un nouvel « autre » pour commencer à interroger tous ces autres qui grouillaient et parlaient en moi – grande polyphonie de l'inconscient et de l'être. Un nouvel autre qui, en étant pour ainsi dire le miroir de ces autres qui m'ont constitué et continuent à m'habiter en tant que « je suis un autre », pourrait m'amener à débayer quelque chose de ce désir singulier et inconscient qui serait le mien – si le désir est toujours bien désir de l'Autre (Lacan, 1966e). Il était donc évident que j'allais devoir revenir à la psychanalyse, malgré mes réticences critiques et « métaphysiques », malgré les dangers qui nous guetteraient, moi et mes autres, dans ce travail, à commencer par celui de réduire tous ces innombrables autres à du « papa-maman », de les rabattre dans le triangle œdipien, et donc de trianguler, dialectiser et finalement *tuer* ce désir machinique et cosmique qui grondaient au fond de moi – je l'avais éprouvé sans le comprendre. Mais en même temps, je savais bien que je m'étais largement construit, dès les premières années de ma vie, dans ce triangle œdipien, et que tout un large pan de ma vie de « parfait névrosé » pourrait s'analyser et se comprendre à partir de cette triangulation, qui n'est d'ailleurs pas le seul fait de la psychanalyse, mais aussi et même d'abord de forces *sociales* dont la psychanalyse n'a été qu'un relais institutionnel, forces répressives de la société capitaliste dans laquelle la psychanalyse est née et dont la famille nucléaire bourgeoise est – ou était – bien entendu le socle organisateur (Deleuze et Guattari, 1972). En somme, donc, je voulais entreprendre une analyse avec l'intention plus ou moins secrète – et sans doute bien naïve – d'explorer et analyser cet Œdipe qui m'avait construit, certes, mais afin de mieux le déconstruire, le décomposer, le *faire éclater* ensuite – et n'est-ce pas d'ailleurs le sens premier et étymologique du mot « analyse » que la schizo-analyse a si bien réactualisé ?

Les psychanalystes non plus ne courent pas les rues aujourd'hui au Québec. J'ai cherché pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, cet autre avec qui je pourrais et voudrais reprendre ce travail – un travail

que j'avais déjà entamé, de manière disons plus confuse et maladroite, dans les années 2000, avec une psychothérapeute d'approche « psychodynamique ». J'ai été déçu, pour toutes sortes de raisons, par beaucoup de pys montréalais qui se disent psychanalystes ou d'approche psychanalytique mais qui mobilisent aujourd'hui toutes sortes de gadgets thérapeutiques « adaptatifs » qui n'ont à mon sens rien de psychanalytiques, voire qui sont contraires au sens même de la démarche psychanalytique (cf. *supra* : §1.2.3). Jusqu'à ce que je rencontre, en 2017, une psy originaire d'Argentine qui se disait – d'ailleurs sans beaucoup d'enthousiasme – « freudo-lacanienne », et avec qui j'ai tout de suite senti que « ça y était » : transfert, sans aucun doute. Ça y était d'autant plus que je pouvais lui parler de ces machines désirantes qui ne se laissent pas trianguler, que je pouvais lui parler de Deleuze et Foucault et Spinoza sans qu'elle y voit aussitôt une « intellectualisation » et donc un mécanisme de défense ; elle les voyait et les entendait pour ce qu'ils étaient – des *amis* importants, des autres que j'avais investis, des voix qui parlaient et parlent encore en moi, bref, des machines désirantes – machines hautement conceptuelles et intellectuelles, certes, mais non moins désirantes et désirées, surchargées et surinvesties de désir, et qui plus est, dans ce cas, de *mon* désir. Ce n'est peut-être pas un hasard, d'ailleurs, si j'ai choisi une psy « importée » d'Argentine, d'Amérique du Sud, sans doute l'une des seules régions du monde où les pys lisent encore rigoureusement Foucault et parfois Deleuze, où encore aujourd'hui des « équipes psychothérapeutiques [se] réclament ouvertement de la schizoanalyse », au point de constituer « une communauté [schizoanalytique] particulièrement dynamique » (Curbelo Morin et Laberge, 2019). Ma psy n'était certes pas schizo-analyste, tant s'en faut, mais les discours philosophiques, analytiques et critiques qui ont donné naissance à la schizo-analyse – et à la psychothérapie institutionnelle – ne lui étaient pas entièrement étrangers. Elle n'en a sûrement que mieux triangulé et œdipianisé tout ce qu'il pouvait y avoir à trianguler et œdipianiser dans ma vie psychique. Je suis passé à la moulinette de l'Œdipe – et avec moi, mes amis, mes amoureuses, mes amantes, mes autres, mes machines, petites et grandes, mes voyages, mes idées, mes rêves ; tout ça, d'accord, ce n'était sans doute que du papa-maman.

Ainsi suis-je devenu vieux – en quelques années à peine, à me laisser œdipianiser, mais aussi (donc) à me poser cette question que l'on ne peut jamais se poser que tard, *trop* tard peut-être, quand on devient vieux justement : cette question abyssale du désir...

[...] mais qu'est-ce que c'était, ce que j'ai fait toute ma vie ? Il y a des cas où la vieillesse donne, non pas une éternelle jeunesse, mais au contraire une souveraine liberté, une nécessité pure où l'on jouit d'un moment de grâce entre la vie et la mort, et où toutes les pièces de la machine se combinent pour envoyer dans l'avenir un trait qui traverse les âges [...]. (Deleuze et Guattari, 1992 : 7)

Je revenais sans cesse à mes « vieux amis » – nous « fêtons » le dixième anniversaire de notre rencontre –, non seulement pour me rassurer ou résister à cette œdipianisation tous azimuts, mais surtout parce que j'étais persuadé que cette question du désir, et qui plus est d'un « désir de savoir » (*philo-sophía*) qui avait été le mien, « il fallait pouvoir la poser "entre amis", comme une confidence ou une confiance, ou bien face à l'ennemi [la psychanalyste ?] comme un défi, et tout à la fois atteindre à cette heure, entre chien et loup, où l'on se méfie même de l'ami. C'est l'heure où l'on dit : *c'était ça* [...] » (Deleuze et Guattari, 1992 : 8 – « je » souligne). Et alors peut-être, là où « c'était ça », un « je » pourra commencer à advenir, là où il devait depuis toujours advenir (Freud, 1984 ; Lacan, 1966b).

Ce « ça », c'est très certainement l'essentiel – déjà pour la psychanalyse freudienne (les pulsions inconscientes) et lacanienne (le désir inconscient), mais aussi pour la schizo-analyse (les machines et productions désirantes, mais « quelle erreur d'avoir dit *le ça* »...), et donc pour la psychothérapie institutionnelle (le désir encore – mais *qu'est-ce que je fous là ?*). C'est l'essentiel, non seulement parce qu'il s'agit du « roc » de la clinique – sinon de *toute* clinique, du moins des cliniques psychanalytique et institutionnelle, en tant qu'elles reposent sur le *transfert* et donc sur le désir –, mais aussi et d'abord parce qu'il s'agit du « roc » du *sujet* : le sujet n'est sujet qu'en tant qu'il désire, qu'il est *désirant* (et c'est bien en cela que ce désir est aussi le roc de la clinique). Et c'est bien sûr ce « roc », ce désir inconscient, qu'il s'agit dans une analyse non pas de rendre conscient – son noyau demeurera toujours inconscient –, mais de déblayer, de dégager, de *libérer*, dont il s'agit de libérer la puissance. Ça prend beaucoup de temps, beaucoup de mots, peut-être un certain courage aussi, pour ne serait-ce que s'en approcher, le plus souvent dans l'angoisse – sans doute le signe le plus sûr que l'on s'en approche effectivement, puisque ce serait « ce qui ne trompe pas » (Lacan, 2004). Après tout ce temps, après tous ces mots, alors qu'on se sent devenir vieux à toute allure à faire de soi une histoire ancienne, on aimerait évidemment pouvoir enfin dire ce désir dont on s'approche, ce désir que l'on croit même pouvoir atteindre et toucher : *c'était ça*. Et c'est pourtant là, quand on cherche à le dire ou à l'écrire, qu'il se dérobe, qu'il s'échappe, qu'il s'éloigne aussitôt.

S'il faut renoncer à dire ou écrire ici ce désir, ou même à rendre compte du long processus qui a permis d'en approcher, ce n'est donc pas seulement parce qu'il toucherait à ce qu'il y a de plus intime, de plus douloureux et traumatique – et dont le récit n'aurait peut-être pas sa place dans un mémoire de recherche –, mais c'est aussi et d'abord parce que ce désir serait fondamentalement *indicible* : « Le désir est articulé mais pas articulable », dira Lacan (2012) dans une autre de ses formules paradoxales dont lui seul avait le

secret. Entendre que le désir inconscient ne cesse de se « dire » et de s'articuler – par exemple dans le transfert, mais aussi dans des symptômes, des lapsus, des actes manqués, des rêves, des mots d'esprit, dans tout ce que Lacan (1998) appellera les « formations de l'inconscient » –, mais qu'il se dérobe aussitôt qu'on cherche à le nommer, à le circonscrire par la parole, par des mots. Le désir est fuyant et glissant, il glisse entre les mots, entre les signifiants de la grande chaîne signifiante de l'inconscient-langage ; il n'existe certes pas hors langage, mais le langage articulé ne permet en aucun cas de le saisir, de l'« attraper », et encore moins d'en extraire ou d'en épuiser la puissance (cf. aussi Oury, 1986).

Il faudra pourtant bien essayer d'en dire quelque chose – si ce « ça » est bien au fond l'essentiel dans cette recherche, son « moteur » premier et peut-être son sens le plus profond : ce serait non seulement ce désir qui m'aurait (r)amené à la psychothérapie institutionnelle, comme dans une étrange « contrainte de répétition », une dizaine d'années après avoir rencontré Félix à travers Jacques, Gilles et *L'anti-Œdipe*, mais ce serait aussi et seulement *par lui* qu'il aura été possible de me « connecter » à la psychothérapie institutionnelle et à La Borde en tant qu'elles sont précisément des *cliniques du désir*, puis de les construire comme « objets » de (ma) *recherche-désir*. Qu'est-ce que je fous là aujourd'hui dans ce champ de désir(s) qu'est La Borde ? C'est certainement beaucoup trop facile de faire commencer cette histoire en 2008, par la rencontre de Félix, cet ami d'ami que m'a présenté mon professeur et ami Jacques Aumètre. Car la même question pourrait et devrait bien sûr se poser pour ces « rencontres » intellectuelles marquantes : qu'est-ce que je foutais là, en 2008, à lire *L'anti-Œdipe* avec Jacques Aumètre – plutôt que le *Tractatus Logico-Philosophicus* avec Alain Voizard, petit roi sans couronne du département de philosophie ? Pourquoi ai-je tant aimé Jacques, l'anarchiste couronné, le maître décapitalisé sans disciples, lui qui justement n'était pas particulièrement « populaire » auprès des étudiants ? Pourquoi la folie et l'onto(psycho)pathologie – entre autres sous ces figures du nihilisme (Nietzsche), de l'aliénation (Marx), de la névrose (Freud), mais bientôt aussi de l'angoisse (Heidegger, Lacan) et surtout de la schizophrénie (Deleuze et Guattari) – devenaient-elles si centrales dans mon travail et dans ma vie ? Pourquoi ces autres et ces amis – plutôt que *d'autres* ? Et de quel(s) autre(s) fantomatiques étaient-ils peut-être encore les masques fantasmatiques ? Je ne le savais manifestement pas à l'époque – je ne suis même pas certain que j'aurais su formuler ces questions sur le plan où elles auraient dû être posées : celui du transfert, du fantasme et du désir. Peut-être justement parce que transfert et désir n'étaient alors pour moi que des concepts, puissants mais abstraits, que je ne pouvais manier que sur les plans philosophique et théorique ; je n'avais pas encore fait l'expérience concrète et massive et souvent brutale, brutalement angoissante, du transfert proprement dit, c'est-à-dire du transfert dans la relation analytique.

4.2.5 La morsure du signifiant

Talking cure – une cure, un traitement par la *parole* : c’est ainsi que la première patiente de Freud et donc de la psychanalyse, Bertha Pappenheim, mieux connue par son pseudonyme d’Anna O., avait cru pouvoir décrire la technique psychanalytique naissante à la fin du 19^e siècle (Freud et Breuer, 2002 ; cf. aussi Tisseron-Papetti, 1996). La clinique psychanalytique s’est certes beaucoup transformée et raffinée depuis ces premières expériences tâtonnantes, y compris du vivant de Freud lui-même, mais on peut dire sans se tromper qu’elle est toujours demeurée essentiellement, et jusqu’à aujourd’hui, une telle *talking cure*. Un prodigieux flot de mots, de paroles, de paroles que l’on voudrait *libres*, et librement associées entre elles, dans lequel on – l’analysant et l’analyste sur lequel il « transfère », profère et (pro)jette ces paroles – cherchera à repérer, déblayer et « travailler » quelque chose de ce qui serait l’essentiel du sujet, l’essentiel *pour* le sujet – ça : son désir inconscient. Au cours d’une analyse, dans ce vertigineux flot de paroles, on en vient ainsi souvent à isoler des mots, ou ce que Lacan (1966a ; 1966f) appellera plus précisément des *signifiants* – ces unités linguistiques qui n’ont jamais de signification fixe, ni naturelle ni sociale d’ailleurs, mais qui signifient ou représentent toujours quelque chose *pour le sujet* –, des signifiants qui semblent donc avoir une densité, un poids, une lourdeur, une charge (au sens quasi électrique, encore) particulières, précisément dans la mesure où ils recueilleraient et condenseraient – et structureraient en même temps – quelque chose de ce désir inconscient qui les investit et les parcourt. Ces « signifiants-maîtres », comme les qualifiait Lacan (1991), qui pointent donc vers le désir à la manière de balises ou de jalons marquant un territoire ou indiquant un chemin, mais sans jamais l’épuiser, l’attraper ni même le circonscrire tellement il est mouvant et « glissant », le sujet analysant les « échappe » le plus souvent, sans trop s’en rendre compte, un peu comme il échappe un lapsus ou un acte manqué, comme il échappe ailleurs ses symptômes. Pouvant être rattachés à des événements marquants – traumatiques – de son existence, comme le désir lui-même d’ailleurs, ils constituent donc une puissante force, une force structurante de l’inconscient du sujet – structuré comme un langage, par le langage, par des *signifiants* (Lacan, 1966f) – et donc de l’ensemble de son existence.

Je me souviens très distinctement du moment, au cours d’une séance avec ma psy argentine, un après-midi de printemps, où j’ai utilisé la première fois l’expression, le signifiant « *centre d’accueil* ». Je parlais de l’une de mes proches, très proche pour tout dire, qui, adolescente, après une longue montée-descente aux paradis-enfers de la rue et de la drogue dure et de l’itinérance, s’était retrouvée (enfermée) en *centre d’accueil*. Ma psy m’avait immédiatement arrêté, je crois même qu’elle s’était mise à gesticuler derrière moi, se retenant pour ne pas crier « eurêka » – c’est du moins ce que j’avais entendu ou imaginé depuis

mon divan, dans la pénombre. Il y a des avantages incontestables à (a)voir une psy qui ne partage pas la même langue maternelle : elle entend tout ce que l'on peut dire comme et *dans* une *langue étrangère*. C'est sans doute le travail de tout analyste – écouter l'analysant comme s'il parlait une « *lalangue* » étrangère, absolument étrangère, ce qui est probablement le cas d'ailleurs (Lacan, 1975b ; 1977) –, mais ce travail d'« *époque* langagière » est peut-être parfois simplifié quand il s'agit d'une langue réellement étrangère (non maternelle). Or voilà, pour ma psy argentine, les « centres d'accueil », en bref, *ça n'existait pas*, ça n'avait jamais existé, ou plutôt ça n'avait jamais existé *que pour moi*, c'était mon « invention », pour ne pas dire déjà mon *fantasme* (cf. *infra* : §4.1.4). J'ai eu beau protester en lui disant qu'à l'époque, ce qu'on appelle aujourd'hui les « centres jeunesse » étaient bien des « centres d'accueil » (ce qu'elle a finalement vérifié et reconnu), elle n'en démordait pas pour autant – ou plutôt est-ce *ce signifiant qui*, selon elle, *n'en démordait pas*. Il *mordait*, mordait à quelque chose de mon être le plus intime, de mon « réel », du réel de ma « jouissance » pour parler encore comme Lacan (1975b). Sans doute avait-elle aperçu et reconnu depuis déjà plusieurs mois cette « centralité de l'accueil » dans ma vie, et surtout dans ma vie psychique, de sorte qu'elle était alors particulièrement attentive aux signifiants que je pouvais « échapper » au détour d'une phrase ; ce n'était pas le cas pour moi, qui naviguais alors de défenses en résistances, et qui allais encore avoir besoin d'un nombre incalculable d'heures d'analyse pour réussir à en apercevoir quelque chose, et encore, confusément. Quelque temps après cette séance marquante, et comme pour enfoncer le clou, ou plutôt la morsure de ce « centre d'accueil », j'avais encore échappé ce signifiant dans un tout autre contexte : mon père avait travaillé pendant presque toute mon enfance et mon adolescence dans un « *centre d'accueil* » (pour personnes âgées cette fois – une résidence privée pour aînés, ou RPA, comme on les appelle aujourd'hui). Du pain bénit pour une psychanalyste, et servi, qui plus est, sur un plateau d'argent ; il ne lui/nous restait plus qu'à trouver où ma mère se situait dans toute cette (douloureuse) « économie familiale de l'accueil » pour achever de me trianguler, de me trianguler par ce signifiant-maître. Les choses sont plus complexes, certes, mais il n'en demeure pas moins qu'on tenait déjà quelque chose d'un « Nom-du-Père » (Lacan, 1981 ; 1998), qui ne cessera d'ailleurs de se confirmer par la suite.

Dans ce « centre d'accueil » dont ma psy semblait vouloir faire un signifiant-maître, dans tous ces « centres d'accueil » qui avaient été érigés dans le paysage de ma vie psychique inconsciente (dont je cherchais maintenant à dresser la carte), on pouvait en effet entendre ou supposer une *centralité de l'accueil*, de cette « dimension » de l'accueil, à la fois dans mon histoire et dans mon existence, dans tout ce que j'étais et faisais, dans toute mon économie psychique, dans toute l'organisation et la structuration de ma

subjectivité. Ce n'est sûrement pas le lieu ici pour expliquer ou chercher à comprendre cette centralité de l'accueil ; une psy sérieuse et rigoureuse voudra bien entendu la faire remonter à l'enfance, à la prime enfance, et même plus précisément à la vie sexuelle infantile (Œdipe, avant, après, encore) : ce serait un « accueil » que j'aurais reçu ou – plus probablement ? – que je n'aurais pas reçu, en tout cas que j'aurais mal reçu et dont j'aurais douloureusement douté, dont j'aurais donc manqué et souffert subjectivement, et que j'aurais dès lors cherché – dans une sorte de quête désespérée et même parfois presque malade, en tout cas répétitive et névrotique, faisant en sorte que l'accueil devenait *écueil* ; un accueil que j'aurais aussi cherché à « donner » ensuite, sûrement et précisément parce que je ne l'avais pas (reçu, trouvé). Mais peu importe ma vie sexuelle, infantile ou pas, l'essentiel ici étant sans doute que l'on s'approche, par ce signifiant, de quelque chose d'un désir singulier qui m'aurait constitué comme sujet de l'inconscient, comme sujet désirant – *ou du moins de ce qui le « recouvre » ou l'enveloppe au plus près* : le fantasme, le transfert, l'amour – si le fantasme est bien une mise en scène du désir inconscient, si le transfert en est bien l'actualisation dans la situation analytique, si l'amour consiste bien à « *donner ce qu'on n'a pas* [manque, désir]... *à quelqu'un qui n'en veut pas* » (Lacan, —).

Mais un signifiant, aussi « maître » soit-il, ne vient et n'opère jamais seul ; il s'inscrit toujours dans une « série », et même dans *des* séries qui s'entrecroisent et se recoupent, et donc dans de vastes réseaux qui s'organisent selon des règles d'association et de liaison complexes et variées, constituant ce que Lacan (1966a ; 1966f) appelle la « chaîne signifiante » de l'inconscient-langage. Dans le cas de ce signifiant « accueil », par exemple, il s'inscrivait incontestablement pour moi (mais ce serait certainement différent pour un autre sujet qui investirait ce même signifiant) dans une série qui associait, dans l'ordre ou dans le désordre, accueil – hospitalité – hospitalier – hôpital – asile – refuge – auberge – voyage – bagage – errance – itinérance... autant de signifiants qui avaient, qui ont encore, dans ma vie psychique et fantasmatique, une charge particulière, autant de signifiants avec lesquels je semble avoir écrit mon histoire, ou plutôt, avec lesquels mon histoire semble *s'être écrite*, le plus souvent à mon insu. Et tous ces signifiants s'inscrivent bien sûr eux-mêmes, à leur tour, dans d'autres séries, transversales, suivant des règles souvent beaucoup plus complexes que celle de cette simple contiguïté.

On aimerait tant pouvoir attraper le désir, l'attraper avec un simple signifiant, et pouvoir dire : « voilà, *c'était ça*, mon désir inconscient était désir d'*accueil* » ; ce ne serait pas forcément faux, tant s'en faut..., mais ce serait forcément insuffisant : heureusement, le désir ne s'arrête que rarement sur un signifiant unique (cas limite de la fixation), mais il glisse et saute le plus souvent, furtivement, d'un signifiant à l'autre,

d'une série à l'autre, se diffuse et circule pour ainsi dire, à partir de « foyers d'investissement », le long de la chaîne signifiante, laquelle vient le structurer en retour (Lacan, 1998). Ce sera même l'un des sens profonds de la clinique psychanalytique que de « libérer le désir », c'est-à-dire de permettre au désir de circuler plus librement, de ne pas s'arrêter ou s'appesantir sur un ou des signifiants qui l'enchaînent et le « bloquent ». On voit bien, dans la série de signifiants où il s'insère, que l'« accueil » dont il est question n'est pas n'importe quel accueil ; il ne s'agit pas non plus d'accueillir n'importe quoi, n'importe qui. L'accueil dont il est question est toujours et déjà accueil de ce « je est un *autre* » rimbaldien, de ce « je » qui *devient toujours autre* et toujours *ailleurs* que là où on l'attend, normalement, normativement, dans l'« ordre des choses » ; accueil de ce « je » errant et itinérant et migrant (même si son voyage se fait sur place, en intensité), donc, et sans doute d'un « je » profondément aliéné dans son rapport à l'ordre social – « je » que je pense bien sûr avoir été, au moins fantasmatiquement et/ou par identification, à certains moments charnières de ma vie. L'accueil dont il est question est toujours et déjà accueil d'une altérité radicale ; on pourrait déjà dire accueil de la *folie*, d'une folie.

« Folie » : un autre signifiant que j'ai lourdement investi au fil des années, consciemment et sûrement inconsciemment, et sans doute trouve-t-il d'ailleurs sa place au cœur de la série évoquée précédemment, quelque part entre « hôpital », « asile », « errance » et « itinérance », ou dans une série transversale. Ce n'est certainement pas un hasard si on le retrouve partout dans ce mémoire ; ce n'est pas un hasard si je le préfère au signifiant de la novlangue psychiatrique contemporaine, « problème de santé mentale » – car la folie dont il est question ici est bien sûr irréductible à tout « problème psychiatrique »¹⁶. La folie, comme la psychiatrie d'ailleurs, j'ai eu affaire à elle personnellement, très personnellement et très tôt dans ma vie – *a fortiori* si on entend ce signifiant comme il a pu être entendu au début de l'âge classique et avant l'invention de la psychiatrie (Foucault, 1972), signifiant de toutes les déviances et marginalités, de tous les écarts par rapport aux normes du nouvel ordre social, dont la folie a d'ailleurs été le grand Autre qu'il allait falloir enfermer. Très naïvement sans doute, dans un accès de romantisme dont Foucault fut d'ailleurs lui-même souvent accusé (Derrida, 1963), comme Deleuze et Guattari et plusieurs antipsychiatres après lui, j'ai valorisé et rêvé et pensé ces folies comme des forces de contestation de cet

¹⁶ Gilles Deleuze (2003 : IX) voyait là une position et une « vision » communes à Guattari (2003) et Foucault (1972), position que Deleuze a lui-même développée tout au long de son œuvre philosophique : « [Ce] n'est pas la folie qui disparaîtra au profit de maladies mentales positivement déterminées, traitées, aseptisées, mais au contraire les maladies mentales, au profit de quelque chose que nous n'avons pas su comprendre dans la folie. [...] Guattari ne cesse de réclamer les droits d'un point de vue métaphysique ou transcendantal, qui consiste à purger la folie de la maladie mentale et non l'inverse [...] »

ordre social bourgeois, ordre dans lequel j'ai senti très tôt que je n'avais pas ma place, que je ne pouvais ni ne *voulais* trouver ma place : la folie était déjà prise pour moi dans tout un « complexe », dans toute une économie de l'accueil – économie non plus seulement familiale, mais aussi *sociale et politique*. À travers la musique d'abord, puis à travers la littérature et l'art, et bientôt à travers la philosophie et la psychanalyse, tout se passait comme si j'essayais d'*accueillir* et sans doute de *recueillir*, dans le langage, dans un langage, quelque chose de cette folie qui grondait en moi et autour de moi, que je voulais voir éclater partout autour de moi – par le langage encore, dans une langue étrange et étrangère encore à inventer. Avec plus ou moins de succès. Et avec les risques que comporte ce « plus ou moins » – comme celui déjà évoqué de rencontrer quelque chose, la Chose (*Ding*) qui précisément ne se laisserait pas recueillir dans un langage. Risque que le *breakthrough* (percée) bascule en *breakdown* (effondrement), et alors ce n'est plus un langage qui accueillera ou recueillera la folie, mais bien un hôpital (ou plus probablement, aujourd'hui, la rue et la prison).

4.2.6 De la clinique du désir au désir de clinique

Peut-être qu'une psychanalyse consiste justement, essentiellement, à se donner les moyens d'accueillir en soi, dans un langage, dans et par la parole, son désir inconscient et ses « folies », de les dégager et les libérer de ce qui les entravait, les écrasait, les étouffait, de les libérer de toutes ces forces – sociales et psychiques – qui, au cours d'une vie, en empêchent la manifestation ou l'expression autres que « symptomatiques » (retour du refoulé), et qui amènent donc le sujet, par toutes sortes de coûteux mécanismes de défense (dont le refoulement), à constamment « céder sur son désir » (Lacan, 1986 : 368). Pour ma part, et ce n'est sûrement pas un hasard, c'est au cours de cette analyse avec cette psy argentine (d'ailleurs toujours inachevée, « infinie », au moment d'écrire ces lignes) que non seulement je suis devenu vieux – à force d'être œdipianisé et (donc) de me poser cette abyssale question du désir (cf. *supra* : §4.2.4) –, mais aussi qu'a commencé à s'affirmer en moi, pour ainsi dire souterrainement, en tout cas subtilement, quelque chose comme un *désir de clinique* – d'une clinique à entendre d'abord sans doute au sens étymologique, celui de *klinikos* (« relatif au lit ») et surtout celui de *clinicus* (« relatif au malade »... qui se trouve dans ledit lit), sens qui sont aussi demeurés dans les langues modernes : la clinique, c'est d'abord d'être et de faire « au chevet » du malade, auprès du patient – et j'ajouterais pour ma part : auprès du sujet souffrant, au plus près de sa souffrance qu'il s'agit alors d'accueillir, qu'elle soit physique, psychique ou sociale. On l'a compris, ce désir de clinique est sans doute apparu de manière concomitante à ce désir d'accueil et d'« hospitalité hospitalière » que j'avais commencé à dégager et reconnaître en analyse, et il serait là aussi possible de faire intervenir l'étymologie, au risque d'en abuser – et il est facile

d'en abuser et alors de perdre ce qui fait toute la singularité du signifiant pour le sujet désirant –, pour préciser le sens de cet accueil, de cette hospitalité, peut-être même de ce désir : cette hospitalité était « hospitalière » au sens de l'*hospitalarius*, qui « accueille les indigents » – tel un hospice, un asile, un refuge. *Tel un centre d'accueil*, en somme, m'aurait fait remarquer ma psy argentine avec son sourire espiègle qui m'a toujours agacé sans jamais me déplaire. « Accueil des indigents », peut-être, mais aussi et surtout, encore : accueil de ces sujets errants, migrants, itinérants, aliénés et étrangers à l'ordre social, sujets souvent souffrants dans leur errance et de leur aliénation. Le désir de clinique s'affirmait et se précisait donc comme *désir d'une clinique hospitalière de la folie*, voire comme *désir de folie(s)*.

Parler ici de « désir » – désir de clinique, désir d'accueil, désir de folie(s) – est sans doute un abus de langage, ou du moins un raccourci, en tout cas du point de vue de la psychanalyse. On pourrait croire – à tort – qu'on attraperait, qu'on saisirait par là, avec ces signifiants – clinique, accueil, folie, etc. –, quelque chose d'un désir inconscient. Or tout au plus pourra-t-on dire que le désir inconscient circule entre et autour de ces signifiants, et que ces signifiants, en étant ainsi investis par le désir, ont pu structurer quelque chose de ce désir et de l'inconscient qui en est le lieu topique. En glissant ainsi entre les signifiants, et d'un signifiant à l'autre le long de la chaîne signifiante, le désir produit en fait autre chose : il produit notamment du *fantasme*, entendu comme la *mise en scène du désir inconscient*, sorte de « scénario » ou même de « fiction » qui organise le rapport du sujet à l'autre et/ou à l'objet (*a*) cause de son désir (d'où la formule du fantasme proposée par Lacan : $\$ \diamond a$). Aussi serait-il déjà plus juste de parler de *fantasmes*, et notamment ici d'un fantasme d'accueil, dont l'accueil de la folie n'est sans doute qu'un aspect, qu'une déclinaison singulière. Le fantasme est certes encore (le plus souvent et d'abord) inconscient, mais il est déjà plus facilement repérable – par exemple dans le transfert –, éventuellement nommable et analysable, en vertu de sa structure langagière et syntaxique particulière que Freud (1973a) avait déjà dégagée avec son exemple paradigmatique, « Un enfant est battu » : sujet/objet – verbe actif/passif – objet/sujet, que l'on pourra évidemment rapprocher de la formule lacanienne, $\$ \diamond a$, dans laquelle le sujet apparaît justement barré, divisé, et par quoi sinon par le langage, le signifiant (cf. *supra* : §2.1). Freud montrait d'ailleurs déjà que le fantasme peut devenir préconscient et même conscient – prenant alors la forme d'une sorte de rêverie diurne, de rêve éveillé –, mais toujours et seulement au prix de transformations et de déformations défensives (renversement ou retournement, permutation, etc.) qui le rendent acceptables à la conscience, ce qui est précisément rendu possible par sa structure et sa genèse langagières. Pour reprendre l'exemple célèbre analysé par Freud, le fantasme préconscient ou conscient dit de fustigation, « *un enfant est battu* » (phase 3), renverrait invariablement à un fantasme inconscient,

masochiste et œdipien, « *je suis battu par le père* » (phase 2) et/ou éventuellement « *je suis battu par la mère* », lui-même indissociable d'un fantasme-souvenir sadique, « *le père bat l'(autre) enfant* » (phase 1). Une série de transformations grammaticales (sujet, verbe, objet) sont donc nécessaires pour que le fantasme en vienne à se manifester – déformé – à la conscience, en tant que (dé)formation de « compromis » ; inversement, c'est en remontant cette série de transformations à partir du fantasme-rêverie plus ou moins conscient qu'il devient possible de dégager le fantasme inconscient et peut-être quelque chose du *désir* dont il est lui-même une mise en scène, voire une sorte de déguisement.

Il en va sans doute de l'accueil comme de la fustigation, en tout cas sur un plan fantasmatique et structural : le fantasme (clinique ou non) d'accueillir (la folie) est sûrement indissociable du fantasme d'être accueilli (avec sa folie), dont il n'est qu'une transformation (par permutation), transformation qui tend peut-être déjà vers une sublimation – il faudra voir. Fantasme inconscient d'être accueilli (avec sa folie) – *ou de ne pas l'être* ? demanderait alors une psy argentine avec son sourire espiègle. *Et par qui*, demanderait-elle encore, en bonne psy qui veut tout trianguler/œdipianiser, *sinon justement par le père et/ou par la mère* ? Et il lui serait alors facile de montrer comment, même dans son contenu et sa genèse, un fantasme d'accueil n'est pas du tout étranger au fantasme de fustigation si courant analysé par Freud, tant s'en faut, si cet accueil est vécu comme preuve et « signifiant » ultime de l'amour, si cette fustigation est forcément vécue comme une humiliation, signifiant d'une révocation de ce même amour (Freud, 1973a), voire comme « désaccueil ». Il faudrait peut-être même y voir, plutôt que deux fantasmes distincts qui se rencontreraient presque par hasard, deux versants ou deux facettes d'*un seul et même fantasme* (être ou ne pas être... accueilli, aimé). Le fantasme, avec ses jeux d'inversion et de permutation, ne s'« imprime » au fond jamais dans la vie psychique qu'en *recto verso*, pourrait-on dire, sur deux versants qui correspondent et renvoient aussi aux deux faces du désir inconscient qu'il cherche à mettre en scène. Après Freud et Lacan, Jean Oury (1992 : 166) évoquait souvent cette duplicité du désir tel qu'il se manifeste non seulement dans le fantasme, mais (donc) aussi dans le transfert et dans la clinique, dans « sa » clinique : « Le désir est comme une pièce de monnaie : côté face et côté pile. [...] Sur [le] côté "face", il y a des figures dessinées ; on peut l'appeler le "côté libido". [...] L'autre côté, le côté "pile", je l'ai appelé "le côté destrudo". » On pourra bien sûr y voir une reformulation ou un prolongement des grands principes métapsychologiques (et métaphysiques) de la deuxième topique freudienne, qui concevait la vie psychique comme étant structurée par et autour de cette tension conflictuelle entre les pulsions de vie et les pulsions de mort, entre *Eros* et *Thanatos* (cf. Freud, 2013b ; 1995). Et on retrouve sans doute aussi ici les deux versants de la « folie » auxquels on faisait allusion précédemment avec Laing (1967), Deleuze et

Guattari (1972), à savoir celui du *breakthrough* – la percée, l'élan vital, l'éclair de génie, la ligne de vie, etc. – et celui du *breakdown* – l'effondrement, l'autodestruction, la ligne de mort. On bascule si facilement, si rapidement et si imperceptiblement de l'une à l'autre, de la *libido* à la *destrudo*, de la vie à la mort, d'*Eros* à *Thanatos* ; il faudrait même dire qu'on est en fait toujours déjà sur les deux plans, sur les deux versants en même temps, *libido* et *destrudo* se croisant et s'entremêlant sans cesse – dans le fantasme, dans le symptôme, dans toutes les formations de l'inconscient –, à un point tel où il est parfois difficile sinon impossible de les distinguer. Quand on lance la pièce de monnaie d'Oury, quand elle vrille dans l'air comme une toupie, on ne distingue plus les côtés, et surtout : on ne sait jamais sur quel côté elle va retomber – *pile ou face*. Et si ce désir virevoltant s'imprime dans le fantasme en recto verso, il faut bien voir que ce recto verso est lui-même plié et replié, de sorte que les deux versants en viennent non seulement à se toucher mais aussi à se croiser, à se replier l'un dans l'autre ; de sorte qu'on ne voit plus très bien où est l'endroit et où est l'envers – *destrudo* et *libido*.

Malgré ses allures vertueuses et « innocentes », le fantasme-désir de clinique que je sentais poindre en moi, celui d'accueillir la souffrance et la folie de l'autre, plongeait sans doute ses racines dans une terre bien noire et bien dure, sinon dans un véritable « trou noir », c'est-à-dire dans une grande souffrance, souffrance « traumatique » de ne pas être accueilli – ni donc aimé –, ou encore d'être rejeté, abandonné, oublié, humilié, fustigé, voire « assassiné », pour reprendre un autre signifiant qui est revenu si fréquemment au cours de mon analyse avec ma psy argentine. Une expérience et une souffrance traumatiques que j'ai certainement – et abondamment – répétées tout au long de ma vie, à défaut d'avoir longtemps pu les symboliser et donc les intégrer dans ma vie psychique ; c'est la définition même du trauma, de l'expérience traumatique, que de ne pas être symbolisée ni symbolisable, que de « contraindre à la répétition » – dans des rêves, des fantasmes, des symptômes, des actes manqués, etc. – parce qu'elle demeure non symbolisée, non intégrée, et donc « incomprise » : « *Ce qui est demeuré incompris fait retour*, résumait déjà Freud (1973b) dans son analyse de la phobie du petit Hans, soit bien avant de conceptualiser la contrainte de répétition ; *telle une âme en peine, il n'a pas de repos jusqu'à ce que soient trouvées résolution et délivrance* ». Ce traumatique, qui est donc demeuré non symbolisé et incompris, fera aussi retour ultimement dans la situation analytique (précisément ce qu'on appelle le *transfert*), là où il pourra justement espérer trouver « résolution et délivrance », en étant accueilli dans la parole, dans le langage, dans le symbolique. On retrouve là le sens premier de la psychanalyse, de la cure psychanalytique, qui serait de dégager et libérer le désir inconscient, en le purgeant autant que possible – par la parole, par la symbolisation – de son caractère nécessairement traumatique, douloureux, (auto)destructeur et

violemment répétitif, et ce, notamment par l'analyse et l'interprétation du transfert et des fantasmes qu'il révèle, des fantasmes dont le transfert est au fond l'actualisation. Ce n'est sûrement pas un hasard si j'avais commencé à faire naître – ou à reconnaître – en moi ce *désir de clinique* dans cette *clinique du désir* qu'est la psychanalyse, laquelle m'avait permis, lentement mais sûrement, d'accueillir et recueillir dans la parole quelque chose de cette souffrance traumatique à laquelle était jusque-là inextricablement lié mon désir inconscient. Ce n'est sûrement pas un hasard non plus si ce désir de clinique m'a ensuite ramené aux *cliniques du désir*, c'est-à-dire d'abord à la clinique psychanalytique, puis à la psychothérapie institutionnelle. D'avoir pu ainsi accueillir et recueillir dans la parole quelque chose de ma propre souffrance traumatique et de ma propre folie – fut-elle névrotique – ouvrait sans doute la porte à ce que je puisse et même veuille (désirer) accueillir la souffrance et la folie *de l'autre*. Certains y verraient même une condition de possibilité, au point d'en faire une « règle fondamentale » de toute clinique (Ferenczi, 1974) : il faut avoir interrogé son propre désir et sa propre folie pour espérer accueillir la folie et la souffrance de l'autre. On retrouve aussi là la question-axiome de la psychothérapie institutionnelle : *Qu'est-ce que je fous là ?*

4.2.7 Bissonnette (et les autres)

Ce désir-fantasme de clinique, j'en avais bien conscience, allait me ramener sur les bancs d'école, où j'allais encore user de nombreuses paires de jeans. J'ai jonglé avec l'idée de poursuivre des études en psychologie, que j'ai même « testées » en faisant une formation complémentaire à l'UQAM. Pour des raisons sûrement évidentes à la lumière de ce que j'ai pu écrire jusqu'ici dans ce mémoire, j'ai vite déchanté en constatant ce que la psychologie était devenue et ne cessait de devenir davantage, particulièrement en Amérique du Nord, mélange assez nauséabond de cognitivo-comportementalisme et de neurobiologisme soumis à l'injonction techno-scientiste des « données probantes » et à une idéologie de l'adaptation (cf. *supra* : §1.2.3), qui colonise(nt) même la psychologie dite « dynamique », c'est-à-dire qui se dit orientée – de manière certes relâchée – par les théories psychanalytiques. Peut-être étais-je encore trop marqué par mes études en philosophie et en sociologie, notamment par ma lecture de *Capitalisme et schizophrénie*, certes, mais aussi de Marx, de Reich, de Bourdieu, des penseurs de l'École de Francfort... mais je n'arrivais pas à me reconnaître dans une discipline qui est en fait le fer de lance – avec la psychiatrie – de l'individualisation et de la pathologisation de problèmes manifestement et résolument sociaux (et la psychanalyse avait certainement contribué elle-même à jeter les bases de cette entreprise dans la première moitié du XX^e siècle).

C'est donc dans une école de travail social que j'ai cru pouvoir trouver l'espace pour penser, dans une perspective à la fois critique, pratique et clinique, non pas tant la simple resocialisation ou repolitisation de ce qui est aujourd'hui individualisé et psychobiologisé par les psy-disciplines de la santé mentale – on risquerait alors de perdre la clinique –, mais plutôt l'*articulation*, le pli, le *passage entre le social et le psychique*, entre les processus sociaux et les processus psychiques, entre le sociologique et le psychologique, ou encore, pour utiliser déjà les concepts de la psychothérapie institutionnelle, *entre aliénation sociale et aliénation psychopathologique*. Sans m'en rendre réellement compte, je mettais déjà tout en place, en effet, pour revenir à la psychothérapie institutionnelle et à ses deux jambes – Freud et Marx –, à cette psychothérapie institutionnelle que j'avais rencontrée dix ans plus tôt avec Félix Guattari, par l'entremise d'« amis » communs – Jacques, Gilles et Pierre. Mais il manquait sans doute encore un ami, un nouvel autre, pour permettre et compléter ce retour (clinique) à la psychothérapie institutionnelle, pour agir comme opérateur et médiateur dans cette dialectique du désir – *du désir de clinique à la clinique du désir*. Ce nouvel ami, qui allait avoir une influence déterminante dans la suite de mon parcours – y compris dans cette recherche –, voire dans ma vie en général et ce, jusqu'à aujourd'hui, je l'ai rencontré dès mes premières semaines à cette école de travail social : Arnaud Bissonnette, un grand gaillard à lunettes – comme moi –, la mi-trentaine un peu insolente, désinvolte, voire cynique – tout l'inverse de moi –, qui faisait alors lui aussi – comme moi – un « retour aux études ». J'ai été un peu méfiant envers lui au départ, sûrement en raison de sa douce impudence justement, peut-être aussi en raison d'une certaine ressemblance qui était la nôtre – on nous a souvent demandé si on était frères, et on l'est certainement devenus en un sens par la suite –, mais aussi et surtout parce qu'il incarnait incontestablement, dans tout son être – y compris jusque dans son cynisme –, quelque chose de mon désir auquel j'avais si longtemps résisté, auquel j'allais donc encore résister un peu – d'où sans doute cette méfiance. Je me suis méfié de lui, mais lui est venu vers moi, il a même insisté, lui qui voyait sans doute mieux en moi mon désir que je ne pouvais moi-même l'apercevoir. C'est donc lui, que je me suis mis à appeler « Bissonnette », qui a agi comme intermédiaire – comme moyen terme dans cette dialectique de mon désir – pour me ramener de mon désir de clinique à cette *clinique du désir* qu'est la psychanalyse.

Arnaud travaillait en effet depuis déjà 6 ou 7 ans comme intervenant à la Maison l'Éclaircie de Montréal, un organisme communautaire « alternatif » situé dans le quartier Ahuntsic qui offre, en plus de services d'hébergement dit transitoire, un suivi clinique et psychosocial à des personnes qui sont aux prises avec des symptômes liés à la psychose. Or ce suivi clinique, et il faudrait même dire ce « traitement » (cf. Apollon et *al.*, 1990), s'orientait justement à partir des repères théorico-cliniques offerts par la

psychanalyse, et notamment par la psychanalyse lacanienne. Lacan, lui aussi, je m'en méfiais, je m'en étais toujours méfié pendant mon parcours universitaire ; j'avais gravité d'assez près autour de lui, ou plutôt de sa pensée et de ses concepts, dans une espèce de rapport d'attraction-répulsion, d'amour-haine, peut-être en raison de ma proximité philosophique avec Deleuze et Guattari (1972), qui avaient formulé avec *L'anti-Œdipe* l'une des critiques les plus sévères et les plus « productives » aussi bien du lacanisme – alors en voie de devenir le courant « psy » dominant en France – que de la psychanalyse en général. Lacan, je l'avais (un) peu lu, je l'aimais – pour son inconscient-langage et son parlêtre, sa jouissance et son réel, ses nouages et son éthique – autant que je le détestais – pour son hégélianisme et ses dialectiques, pour son manque-à-être et son familialisme (paternalisme) encore trop étouffant, peut-être aussi et surtout pour un certain « apolitisme » qui caractérisait aussi bien ses théories que sa clinique, du moins ce que j'en comprenais à l'époque. Mais je savais bien qu'en l'absence de cliniques schizoanalytiques comme il pouvait y en avoir encore en Amérique du Sud, en l'absence de cliniques de psychothérapie institutionnelle comme il pouvait y en avoir encore en France, une clinique psychanalytique lacanienne offrait très certainement une rare occasion et un milieu privilégié pour investir la clinique du désir. D'ailleurs, cette méfiance avant tout théorique et philosophique, voire métaphysique (cf. *supra* : §4.2.2), tombait largement lorsqu'il devenait question de clinique, où j'avais bien sûr tout à apprendre, où je désirais tout apprendre – et je préférais de loin commencer cet apprentissage avec la clinique psychanalytique, envers laquelle j'avais en réalité une grande confiance – notamment pour l'avoir connue et vécue comme analysant avec ma psy argentine, mais aussi, paradoxalement, pour des raisons philosophiques et éthiques.

Ma méfiance envers Arnaud tombait rapidement elle aussi, sûrement à la faveur de ces quelques bières partagées dans des bars obscurs du Quartier latin, avant ou après – parfois même pendant ! – nos cours d'éthique, le jeudi soir, avec celle qui allait devenir bientôt ma directrice de recherche, Audrey Gonin. C'était en fait le début d'une grande amitié qui allait vite dépasser le cadre universitaire ou même professionnel, mais qui a certainement eu comme terreau fertile l'éthique et la clinique psychanalytique(s). Arnaud me proposait d'abord de venir travailler à l'Éclaircie comme intervenant sur appel, mais c'est finalement comme stagiaire – dans le cadre du stage de la propédeutique à la maîtrise, et au moment où la lutte étudiante pour la rémunération des stages atteignait son apogée sous la forme d'une grève générale des stages (cf. Berthiaume et *al.*, 2021) – que j'ai atterri à l'Éclaircie, en janvier 2019, avant de devenir intervenant régulier quelques semaines plus tard.

Ce serait sûrement exagéré de dire que c'est là, à ce moment, que j'ai rencontré la folie pour la première fois – je l'avais déjà rencontrée plus d'une fois dans ma vie, y compris la mienne –, mais c'était certainement la première fois que je la rencontrais dans un contexte clinique d'accueil et de soin, du moins en tant que soignant ou intervenant. Une rencontre qui n'a rien d'anodine, qui a tout d'une épreuve, qui ne vient jamais sans angoisse(s), comme j'ai pu déjà le souligner au sujet de la grande folie rencontrée lorsqu'on arrive à La Borde (cf. *supra* : §4.1.3), de cette *psychose* qui, forcément, parfois brutalement, vient interroger, mettre en question l'être le plus intime du soignant, du sujet, à savoir son désir – mais qu'est-ce que je fous là... ? *Si rencontre il y a*, faudrait-il ajouter, car cette rencontre ne va pas de soi, elle peut bien sûr être évitée, annulée, par exemple par un ensemble d'*a priori* théoriques, idéologiques et culturels qui peuvent laisser croire au clinicien, à l'intervenant, qu'il sait, qu'il connaît déjà la folie, avant même de s'y frotter et de s'y piquer. Ne pas (chercher à) comprendre, ne pas croire que l'on sait ou même que l'on peut savoir, ou encore savoir que l'on ne sait pas – sorte d'*époche* encore –, c'est peut-être la condition de possibilité d'une authentique rencontre – non seulement de la folie mais au fond de tout « objet », de tout phénomène, et *a fortiori* de tout sujet humain, voire de l'être : il faut pouvoir « être au pied du mur de l'opacité de l'autre », dira souvent Oury, là où l'on « au plus proche du lointain de l'autre » et de sa singularité (Oury et Faugeras, 2016 ; cf. aussi Oury, 1998a). Une telle rencontre ne se fait pas nécessairement en un instant, en un jour, en une fois, elle ne se fait certainement pas « une fois par toutes » ; elle s'inscrit peut-être plutôt dans quelque chose de l'ordre d'un devenir, d'une durée, voire d'un infini, toujours à recommencer d'un éternel recommencement, à chaque fois – et « toutes les fois pour une », aurait sûrement dit mon ancien directeur de recherche et ami, Pierre Montebello (2015). Je pense néanmoins pouvoir dire que j'ai rencontré la folie, la grande, la « vraie », ou du moins *de grandes* folies, dans mes premiers mois et mes premières années à l'Éclaircie – avec toutes les angoisses et les difficultés qui viennent avec une telle rencontre clinique. Heureusement, j'étais merveilleusement bien accompagné et soutenu, d'abord par Arnaud, certes – en qui j'ai vite découvert un intervenant et clinicien hors pair, qui savait allier rigueur, humour, amour, justesse du mot et du geste, et qui a vite su me faire sentir en confiance, me faire sentir à ma place, avec et parmi les fous –, mais aussi par d'autres intervenants – Violène, Félix, Tommy, Étienne, et plus tard Julie et Anaïs. Il y avait alors une solide équipe de travail qui rendait possible un véritable *travail d'équipe* – ce qui est sans doute essentiel dans tout milieu d'intervention sociale, mais qui l'est sûrement encore davantage lorsqu'on a affaire à la psychose, au sujet psychotique, dont le transfert est essentiellement dissocié, éclaté, *multiréférentiel* (l'un des concepts centraux de la psychothérapie institutionnelle qui découle des avancées théoriques de Lacan sur les psychoses et qui orientera l'ensemble de sa clinique de l'hétérogène – on y reviendra inévitablement

dans la suite) (Tosquelles, 2003 ; cf. aussi Lacan, 1966g ; Oury, 1986). L'Éclaircie n'a jamais prétendu faire de la psychothérapie institutionnelle ; on pourrait dire en fait que l'organisme n'a jamais marché que sur une seule « jambe » (la psychanalytique, freudo-lacanienne), voire qu'il lui a toujours *manqué* une jambe (la sociopolitique, marxienne), du moins du point de vue de la psychothérapie institutionnelle. C'est peut-être son talon d'Achille sur un plan organisationnel et institutionnel, en ce sens où il s'empêche par là de prendre en compte, penser, critiquer et « travailler » rigoureusement – en mobilisant les concepts appropriés – les différentes formes d'aliénation *sociale* (hiérarchies, cloisonnements, ségrégations, etc.) qui inévitablement empoisonnent, pervertissent, corrompent les rapports sociaux et humains dans ce type d'établissement, toujours avec d'inévitables et profonds effets dans la clinique, et compliquant d'autant plus le traitement de l'aliénation psychopathologique psychotique qui est pourtant la raison d'être de l'organisme. N'empêche, dans l'équipe de travail, et surtout avec Arnaud, plus tard avec Anaïs, il n'était pas rare que nous nous efforcions de repenser notre travail et son « milieu » à partir des concepts d'Oury et de la psychothérapie institutionnelle (ceux d'ambiance, de quotidien, d'institution, de collectif...), mais aussi de Foucault, de Tosquelles, de Guattari et (donc) de Marx, bientôt de Marcelo Otero. À défaut d'avoir été une véritable « jambe » de l'organisme, c'était peut-être une béquille qui, dans l'ombre, le soutenait discrètement.

4.2.8 Le pli

La suite de l'histoire s'est écrite toute seule, ou presque. Quand est venu le temps d'élaborer un projet de recherche en travail social, l'année suivante, c'était toujours la question de cette articulation, de ce pli entre le social et le psychique – et plus précisément entre le politique et le *psychiatrique*, entre le sociopolitique et le *psychopathologique* – qui s'imposait à moi, peut-être plus que jamais, et sûrement d'une nouvelle manière, autrement plus concrète, pratique, à partir de mon expérience de travail à l'Éclaircie, en tant qu'intervenant *psycho-social*, comme on dit – mais que veut-on dire par là au juste ? Je voulais me donner les moyens théoriques et conceptuels pour penser cette articulation non seulement sur un plan ontologique, comme j'avais pu commencer à le faire pendant mes études en philosophie, notamment avec Deleuze et Guattari (1972), mais aussi et surtout sur un plan résolument *clinique*, pratique – d'une pratique d'intervention psychosociale. Je voulais aussi me donner une direction de recherche qui allait pouvoir me fournir des repères pour penser et travailler dans ce pli *psycho-social* ; je l'ai vite trouvée en Audrey Gonin (2008), professeure à l'École de travail social et psychologue de formation – avec un intérêt certain pour la psychanalyse –, et Marcelo Otero (2003a ; 2021), sociologue et spécialiste des questions de santé mentale et de psychiatrie, que je connaissais déjà pour ses travaux sur Michel

Foucault. Une direction-*pli*, en somme, pour penser et travailler (dans) le pli, pour plier le social dans le psychique, et inversement. On a certes envisagé un temps de faire avec Foucault, lui qui a lui-même consacré une bonne partie de son œuvre à ce pli, à penser « la vie psychique du pouvoir » – pour reprendre le beau titre du livre de Judith Butler (2002) –, c’est-à-dire non pas seulement comment le pouvoir (et donc le social) s’infiltré (de) partout dans la *psyché* – et notamment par le langage, les discours et leurs énoncés (cf. *supra* : §2.2) –, mais comment il la *produit* et la *constitue* en elle-même, comment il constitue la psyché, la vie psychique – consciente et inconsciente –, le rapport de soi à soi, à l’autre et au monde, bref : comment il produit le *sujet* humain. Ça me semblait prometteur. Mais il manquait, il aurait alors manqué la *clinique*, qui, après tout, était la raison d’être de ce retour aux études. Non pas qu’une clinique foucauldienne soit absolument impensable et impraticable, au contraire ; certains s’y sont essayé et s’y essayeront sans doute de plus en plus (cf. par ex. : Allouch, 1998 ; Laufer, 2015 ; Molinier, 2019), et il serait même pertinent, un jour prochain, de cerner ses potentiels apports à la psychothérapie institutionnelle et à la clinique des psychoses. Mais il n’en demeure pas moins que Foucault (2000) n’était pas clinicien – il s’est plutôt fait l’archéologue de la clinique, très critique de ce nouveau regard moderne, médical ou médicalisant, sur l’être humain –, et on se serait alors privé, dans cette recherche, de la riche et longue expérience de celles et ceux qui, depuis des siècles, depuis Pinel peut-être, œuvrent au quotidien auprès des fous et de leurs folies, cherchant à accueillir et apaiser leurs souffrances.

Et de toute façon, à dresser la « carte » de tous ces amis et de tous ces autres, petits et grands, que j’ai investis au fil des années et qui ont certainement participé à me constituer comme sujet désirant – et psychosocial... –, qui me constituent sans doute encore à chaque instant comme « groupe-sujet » désirant (Guattari, 2003), on voit immédiatement qu’au fond, sur cette carte, « *tous les chemins menaient à La Borde* », ou du moins qu’ils s’entrecroisaient pour me ramener à la psychothérapie institutionnelle – cette alterpsychiatrie qui a sans doute fait de ce pli, de cette articulation du social et du psychique, des aliénations sociales et psychopathologiques, le lieu-dit, le *topos* de toute sa clinique, à savoir son Institution, ses groupes-sujets, son « Collectif ». Que tous les chemins de cette carte mènent à La Borde, peut-être était-ce au fond la traduction cartographique de cette « nécessité pure » dont parlaient Deleuze et Guattari (1992 : 7), dont ils disaient qu’elle était aussi cette « souveraine liberté [...] où l’on jouit d’un moment de grâce entre la vie et la mort, et où toutes les pièces de la machine [désirante ?] se combinent pour envoyer dans l’avenir un trait qui traverse les âges [...] », tous les âges de la vie (cf. aussi *supra* : §4.2.4). Une nécessité-liberté nommée Désir : c’était donc *ça*.

Mais « ça » – si c'était bien « ça » –, je ne l'ai aperçu qu'*a posteriori* (« c'était »), c'est-à-dire que je n'ai commencé à l'apercevoir qu'en arrivant à La Borde, en novembre 2021, et tout au long de mon séjour, confronté quotidiennement à cette question-axiome – *qu'est-ce que je fous là ?* –, confronté une nouvelle fois à la psychose qui venait ébranler quelque chose dans la profondeur de mon être, entre autres en mettant en question mon désir, confronté sans doute aussi aux fantômes de La Borde qui, forcément, me confrontaient à mes propres fantômes et fantasmes, c'est-à-dire justement à ces *autres* qui m'ont construit comme sujet et qui continuent donc à m'habiter fantasmatiquement sinon fantomatiquement, à ces autres qui parlent encore en moi, qui me (c)hantent de leur voix et de leurs mots – grande polyphonie qui va rencontrer la polyphonie institutionnelle de la clinique, se plier et se replier en elle (Kaës, 2007 ; Oury et Roulot, 2008).

Dès mes premiers jours à La Borde, le soir surtout, lorsque je me retrouvais seul (mais au fond vraiment pas si seul) dans mon immense chambre-dortoir du Local, au deuxième étage du château, je prenais frénétiquement des notes, des notes d'abord « libres » – non soumises à la grille d'observation que je m'étais proposée ou imposée ; elle pouvait encore attendre –, des notes sur tout ce qui se passait en moi et autour de moi. Des notes frénétiques, presque furieuses je dirais même, qui, je l'ai vite réalisé, concernaient essentiellement ces fantasmes et ces fantômes, ces autres qui m'habitent, tels qu'ils étaient « réactivés » dans et par ma rencontre de La Borde, de ses fous certes, de ses soignants aussi, mais surtout de ses propres fantômes, de ses mythes, de son « utopie » – de La Borde en tant que grande « usine à fantasmes », justement. En somme, je commençais justement, par ces notes préliminaires et furieuses, à établir cette carte de ces autres que « je » suis (fantasmatiquement) et qui m'ont finalement « ramené » à La Borde, une carte qui est donc sans doute un peu aussi la carte de mon désir et de mes devenirs. C'est la carte que j'ai cherché à déplier et à détailler, difficilement et prudemment, dans les dernières pages, dans les derniers chapitres de ce mémoire. *Difficilement*, car cet essai de cartographie supposait de sonder des zones de ma vie intime particulièrement troubles et parfois douloureuses, comme j'ai pu le souligner à quelques reprises ; *prudemment*, certes pour la même raison, mais aussi parce qu'il faut bien reconnaître avec Korzybski (2003) que « la carte n'est pas le territoire » (même si elle le mord, le travaille, le modifie), c'est-à-dire, dans le cas présent, qu'elle n'épuise absolument pas la question du désir (qu'est-ce que je fous là ?), qui ne cessera de se (re)poser tout au long de cette recherche de terrain et même bien après, qu'elle épuise encore moins le désir lui-même, ses machines, ses territoires, ses signifiants, ses investissements, ses devenirs, qui la débordent sans cesse de partout. L'essentiel de cette carte – comme de la grille d'observation sans doute, mais on y reviendra – est peut-être d'ailleurs dans ce qu'elle ne

montre *pas*, ce qu'elle ne dit pas, ce qu'elle ne saurait même représenter – ses trous, ses « lignes de fuite », pour ainsi dire, qui sont certainement les véritables sillons, lignes-trajets qu'emprunte le désir, lignes de désir et de devenirs, donc. Mais ce travail de cartographie, même avec ses limites évidentes, n'en demeurerait pas moins déterminant pour l'ensemble de la présente recherche, non seulement parce que ces lignes de désir ne commencent au fond à exister en tant que telles que par rapport à ce dont elles s'« échappent » et qu'elles font « fuir » – une carte, une grille, une structure, un fantasme... –, mais aussi et surtout parce que cette carte même approximative permet de cerner quelque chose du prisme fantasmatique – de la lunette pour ainsi dire – à travers lequel j'ai pu d'abord « rencontrer » La Borde et commencer à réaliser le travail d'observation *participante*, du moins avant de me laisser – ou *tout en me laissant* – emporter ailleurs, par de nouvelles lignes de fuite-désir, lesquelles apparaîtront sans doute aussi dans la suite, dans les interlignes de ce mémoire, dans les interstices de cette grille d'observation. Ce prisme, ce sont notamment et justement les fantasmes que j'ai voulu commencer à identifier (de manière non exhaustive) dans les pages précédentes, des fantasmes que je projetais déjà un peu partout autour de moi, dans la clinique, dans mes rencontres, dans mes activités et dans les groupes, comme dans un jeu d'ombres chinoises, contribuant à tout envelopper dans un voile vaporeux et onirique (cf. *supra* : §4.1.4), mais construisant aussi par là ce qui allait être mon « monde » – mon terrain de recherche – pour les deux mois suivants, construisant aussi et surtout un *objet de recherche-désir*. De manière non exhaustive, dis-je entre parenthèses, car je projetais très certainement bien d'autres fantasmes que ceux que j'ai commencé à identifier – fantasmes d'accueil, de clinique, de folie, de révolution, de fustigation... –, et un psychanalyste sérieux aurait d'ailleurs tôt fait de les déchiffrer en les « réduisant », en les ramenant à des fantasmes beaucoup « profonds », primordiaux, archaïques et donc inconscients – et notamment à ces fameux *fantasmes originaires* : scène primitive, séduction, castration... (cf. Freud, 1973c ; Oury, 2013). Mais ce n'est pas, ce n'était absolument pas l'objet ni le sens de ce travail cartographique ; il ne s'agissait certainement pas ici de (re)faire une analyse, ni même de rendre compte d'une analyse déjà faite et de ses « résultats » plus ou moins probants, mais bien davantage, bien plus simplement, dans une perspective de recherche, *de croiser ou tisser mon histoire singulière avec celle de ce lieu-dit qu'est La Borde*, de rattacher quelques-uns de mes fantasmes et rêves singuliers à quelques-uns des mythes de La Borde et de la psychothérapie institutionnelle, à tout ce qui a pu en faire pour moi une sorte d'« utopie » et de rêve, et peut-être par là de connecter quelque chose de mon désir singulier à ce vaste champ de désirs qu'est La Borde et sa sous-jacence institutionnelle (cf. aussi Pouillaude, 2014).

4.2.9 Objet *a*, objet *b*

Ce prisme fantasmatique par lequel un sujet aborde et construit son « objet » ($\$ \diamond a$), on le sait, c'est souvent aussi le point aveugle ou l'angle mort d'une recherche, notamment en sciences humaines et sociales, où l'objet en question est toujours aussi *sujet*, un ou plusieurs autres *sujets* désirants, un ou plusieurs sujets *autres* – eux-mêmes divisés par le langage, par le signifiant, et donc pris dans leurs propres fantasmatiques. C'en est le point-tache aveugle, mais aussi en quelque sorte le centre nerveux ou névralgique – pour filer la métaphore optique, peut-être boiteuse –, ou mieux : le centre de *gravité*, telle une sorte de trou noir, encore, point-objet (*a*) autour duquel toute la « réalité », tout le « visible », toutes les « visibilités » s'organisent, se structurent. On peut toujours (et on doit sans doute) essayer d'explicitier ce prisme, de dégager et rendre visible ce point aveugle, mais on n'y arrive jamais complètement et définitivement ; aussitôt qu'on pense l'avoir aperçu, circonscrit et donc déjoué, neutralisé, il s'est déjà déplacé, il est déjà ailleurs, nouveau point aveugle dans un mystérieux et vapoureux jeu d'ombres et de lumières. Et ce n'est pas pour autant une tare, une faille de la recherche en question ; c'est peut-être là au contraire, dans ce *déplacement*, dans ce passage d'un point à l'autre, dans ce mouvement, lorsqu'on fait « vriller » le prisme, que se jouera l'essentiel, c'est-à-dire qu'il pourra y avoir création de *sens*, que pourra apparaître du nouveau, ce qui n'avait pas encore été « vu » ni prévu par aucune carte ou grille. C'est sûrement là aussi, autour de ce point mouvant – qui en vient donc à tracer une ligne –, ou dans l'entre-deux-points, que l'on se retrouve au plus près du désir, de ce désir dont on disait qu'il était lui-même mouvant, glissant, et qu'il ne se laissait donc jamais « *attraper que par la queue* », comme aimait répéter Oury (1998a) dans ses séminaires¹⁷. Au plus près de ce point de désir, de cette ligne de désir, mais aussi au plus près du *Réel*, au sens où l'entendait Lacan (1973b : 152), qui le distinguait de la réalité, de toute réalité (toujours construite dans le fantasme et façonnée par le discours), pour en faire justement ce registre, ce « lieu » (topique) de ce qui n'est absolument pas attendu, prévu ni même prévisible, lieu du hasard, de la *sur*-prise, de ce qui excède toute « prise », de l'*événement* pur et de la *rencontre* avec l'inconnu. On y reviendra inévitablement, car c'est à ce niveau, sur ce plan des rencontres, de l'aléatoire et des événements, que la psychothérapie institutionnelle entend opérer avant tout dans sa clinique : « Si on ne touche pas à quelque chose de l'ordre du Réel, écrit Oury (1998a : 146), tout ça, c'est du bavardage ! C'est simplement une perte de temps, de fric et d'illusions. » C'est seulement dans le Réel que l'on peut modifier « la dimension essentielle de la personne », opérer un « changement profond dans [sa] ligne

¹⁷ Allusion au titre d'une pièce de théâtre surréaliste de Pablo Picasso (1989), *Le désir attrapé par la queue*, écrite à Paris en 1941, alors que la capitale française était occupée par les nazis.

d'existence » (Oury, 1998a : 146-7) – sorte de « révolution moléculaire », aurait préféré dire Guattari (1977) –, et on n'y arrivera jamais qu'à partir de ce point de *désir* et des *signifiants* ou discours qui seront produits, inventés pour en dire quelque chose, et qui feront dès lors « sillons dans le réel » ; le symbolique, le langage, demeure « *la seule façon d'atteindre le réel* » (Lacan, 1973b, cité dans Oury, 1998a : 148-9).

Parvenir à ce point de désir, et par là dégager un champ dans lequel il deviendra possible de toucher quelque chose du réel de la clinique institutionnelle et des personnes qu'elle entend et prétend soigner, c'est tout le sens de cette question princeps qui se repose sans cesse : *Qu'est-ce que je fous là ?* qui invite à interroger les fantasmes qui m'ont amené là, à La Borde, là, auprès des *fous*. Les interroger radicalement, à leurs racines, pour mieux les *traverser*, aurait dit Lacan (1973b), qui voulait voir dans cette « traversée du fantasme » la fin de la psychanalyse, lorsque le sujet en vient à s'identifier à son objet (*a*) cause de son désir : si le fantasme est un cadre, un écran, une fenêtre sur le réel – qui fait du *réel* intolérable une *réalité* tolérable, justement –, son analyse doit précisément permettre de *franchir* cette fenêtre, cet écran, pour accéder à ce champ vertigineux dans lequel il sera à nouveau possible de désirer, de ne plus « céder sur son désir ». Peut-être que certains y arrivent une fois pour toutes – les lacaniens orthodoxes en font d'ailleurs la première condition pour devenir psychanalyste, formalisée dans ce dispositif d'évaluation qu'est la *passe* (Lacan, 2001). Dans le cadre de cette recherche, comme dans la clinique institutionnelle qu'elle a voulu prendre pour objet, cette traversée du fantasme est bien davantage, bien plus humblement, une sorte d'*horizon*, l'horizon de cette question clinico-existentielle et transcendantale – devenue ici question de méthode –, *Qu'est-ce que je fous là ?*, à laquelle on ne saurait répondre une fois pour toutes, mais seulement « toutes les fois pour une », en se la reposant constamment, dans chaque rencontre. Aussi bien dire qu'on n'y arrive jamais vraiment ni complètement, qu'on n'arrive jamais vraiment à La Borde, si « y arriver » veut dire avoir traversé non seulement ce fantasme, mais aussi, comme cette traversée doit aussi s'effectuer sur un plan collectif, tous les *mythes* auxquels ce fantasme a pu et peut encore s'accrocher (cf. *supra* : §4.1.5). La traversée du fantasme et du mythe pourra donc être pensée ici davantage comme un *processus* – jamais achevé – plutôt qu'une fin en soi, processus par lequel on cherche non pas à les neutraliser pour parvenir à une soi-disant objectivité, mais plutôt à les analyser et donc à les *mettre au travail*, à mettre au travail aussi ce qu'il y aurait de « l'autre côté » du fantasme – le désir et l'objet (*a*) qui le cause – en vue de produire une objectivité qui sera à la fois objet de recherche clinique et objet du désir (de clinique). C'était bien sûr le sens des derniers chapitres de ce mémoire, qui visaient à rendre compte de la manière dont j'ai pu, en tant que sujet désirant, m'insérer et m'inscrire dans ce champ de désirs qu'est La Borde, dans cette institution telle qu'elle est sans cesse inventée par la psychothérapie

institutionnelle. De ce point de vue, ce qui a pu sembler par moments un long détour, voire une longue digression par rapport à l'objet de cette recherche, n'en était évidemment pas un : il s'agissait au contraire, justement, de construire cet objet de recherche, d'en jeter les *fondations* objectales, en ce lieu où la séparation entre sujet et objet perd elle-même son sens, où le sujet est autant « travaillé » et transformé par son objet que l'objet par son sujet, au point où ils pourront ultimement se confondre, comme dans une sorte de tresse ou de ruban de Möbius (cf. Lacan, 2004), qui serait précisément celle du désir.

Ce travail de cartographie de mon désir, des territoires, signifiants et discours qu'il a investis au fil des années, participe donc aussi directement du dispositif méthodologique « ethnographique » qui a été élaboré en vue de cette recherche de terrain, du moins si l'on prend au sérieux la dimension *participante* de ce dispositif d'observation directe, c'est-à-dire justement la participation du sujet-chercheur dans la construction même de l'objet qu'il observe. Il ne s'agit alors pas moins d'« observation », mais d'une observation évidemment tournée vers *soi*, sorte d'auto-observation ou d'auto-analyse, donc, en vue de dégager tout ce que l'on apporte soi-même, consciemment et inconsciemment, en tant que sujet (désirant), dans la construction de l'objet de recherche. Si cette auto-observation et auto-analyse étaient certes prévues au départ dans la « grille » qui a été conçue pour orienter les observations sur le terrain (cf. annexe A), et notamment dans cette catégorie sans doute bien mal nommée des « notes réflexives » – qui visait entre autres à prendre en compte le transfert, et donc le désir, et donc tous les affects et angoisses qui peuvent en découler, dans la perspective ouverte par l'ethnopsychiatre Georges Devereux (1980) –, il faut néanmoins reconnaître que cette catégorie d'(auto-)analyse en est venue, dès mon arrivée sur le terrain, à occuper une place de plus en plus importante, centrale, décisive, dans tout mon travail de recherche et d'observation. Une sorte d'enflure de cette catégorie d'analyse, donc, que l'on pourra certainement attribuer sinon aux fantômes de La Borde, du moins à mes *propres* fantômes et fantasmes réveillés par ma rencontre de La Borde, de ses fantômes, de ses mythes et de ses folies. Il n'est pas impossible d'ailleurs que l'objet même de cette recherche – la psychothérapie institutionnelle telle qu'elle est pratiquée et pensée ici à La Borde – ait fini par « informer » sinon transformer le dispositif méthodologique qui avait été élaboré pour l'interroger et le circonscrire, par exemple en me renvoyant parfois assez brutalement à moi-même et à mon désir (*qu'est-ce que je fous là ?*), dans une sorte de jeu de miroir, et donc en déplaçant le centre de gravité de la grille d'observation vers cette catégorie dite réflexive et (auto-)analytique, que j'ai d'ailleurs choisi de rebaptiser « Rêves, fantasmes et (contre-)transferts » dans mes notes de terrain et ce, dès mes premiers jours à La Borde, sans doute justement parce que je me sentais encerclé de partout par ces fantômes fantasmatiques, les miens et les

autres. Je prenais conscience que l'essentiel de cette recherche clinique allait sans doute se jouer *là*, dans le fantasme et dans le transfert, et dans leur analyse devant permettre de dégager quelque chose de l'ordre du désir, et que toutes les autres catégories d'observation et d'analyse allaient en être profondément et durablement « travaillées », transformées. Ce n'est qu'une autre façon de dire que j'allais travailler, observer et « chercher » dans l'*objectalité* inhérente à mon fantasme – et peut-être du désir qu'il met en scène –, et non dans une quelconque pseudo-objectivité scientifique, forcément illusoire et trompeuse ; ce sera d'ailleurs manifeste dans la suite, dans le compte rendu que je ferai de mes observations et de cette recherche de terrain, y compris pour ces catégories qui se prêtent le mieux à une objectivation, comme celle de l'espace et de son organisation. Une fois sur ce terrain, et *a fortiori* sur un terrain aussi éclaté et « fou » que celui de La Borde, en ce qu'il est aussi et d'abord un terrain (de jeu) de la folie, il devient vite évident qu'une recherche clinique en psychothérapie institutionnelle – voire en psychiatrie... – n'a strictement aucun sens sans cette mise en question (minimale ou radicale) de soi et de son désir. Oury (1998a : 25) disait d'ailleurs que ces recherches prétendument objectives sur La Borde et la psychothérapie institutionnelle – il y en a eu beaucoup –, au fond, « ça ne sert à rien » : « [On] est soi-même pris dans la description qu'on fait. [...] On ne peut pas se permettre de décrire quelque chose comme si on était "à l'extérieur", car il n'y a [alors] rien à décrire ! » C'est bien ce que l'on constate en mettant les pieds à La Borde. Le dispositif méthodologique de la présente recherche, heureusement, avait été conçu pour être le plus souple et malléable possible, c'est-à-dire justement pour laisser place à l'imprévu et au hasard, voire à l'*aberrant*, à tout ce qui allait pouvoir émerger et apparaître sur le terrain mais qui n'entrerait dans aucune des grandes catégories de la grille d'observation ; les fantômes n'en sont finalement qu'un exemple. En somme, il s'agissait seulement d'éviter que le dispositif méthodologique en général, et la grille d'observation en particulier, ne deviennent des mécanismes de défense, c'est-à-dire d'évitement non seulement du désir, mais aussi du réel, du réel de la clinique, qui est précisément le lieu souvent angoissant de l'inattendu, des rencontres, du hasard et du transfert, là où se jouerait l'essentiel de la psychothérapie institutionnelle, là où elle puiserait toute son efficace thérapeutique dans le soin et le traitement des psychoses – ce que l'on comprendra mieux dans la suite.

Mais ce détour qui n'en était pas un, c'est-à-dire toute cette exploration de ma machinerie désirante et fantasmatique, de tous ces *autres* qui ont participé à me constituer comme sujet désirant et « cherchant » – cherchant ce qu'il désire, désirant ce qu'il cherche –, c'était aussi et surtout, on l'a compris, une manière peut-être inusitée et risquée, un peu détournée aussi, pour introduire quelque chose *d'autre*, justement, voire quelque chose *de l'Autre*, quelque chose qui ne relève donc pas de la simple « auto-analyse » mais

bien déjà d'une *hétéro*-analyse, à savoir : quelque chose de l'ordre du *discours*, pour reprendre l'expression de Foucault (1971) qui, après tout, a fourni le cadre conceptuel de la présente recherche, lequel doit permettre de penser le sujet, les sujets, les « groupes-sujets » et les institutions comme étant produits par le langage, par les discours et leurs énoncés. En dressant cette carte de (quelques-uns de) ces autres qui « parlent » en moi et avec moi, donc, je dressais aussi et surtout la carte de discours et de signifiants qui non seulement m'ont constitué comme sujet cherchant et désirant – ce qui n'est certainement pas inutile sur un plan méthodologique –, mais qui m'ont aussi et surtout permis de me connecter d'abord « discursivement », puis cliniquement, à La Borde *et ses discours*, à la psychothérapie institutionnelle *et ses pratiques*, notamment *discursives et langagières*. En clair, je dégageais et défrichais déjà par là, en partant de mon parcours singulier – intime et philosophique –, une partie du champ discursif à partir duquel La Borde s'est constituée et dans lequel elle n'a jamais vraiment cessé d'opérer : j'identifiais quelques-uns des discours et signifiants importants, non seulement théoriques et philosophiques, mais aussi mythiques, politiques, utopiques, qui ont participé à inventer et forger La Borde comme lieu-dit, comme ensemble de « faits de discours » – si tant est qu'« il n'y a de faits que du fait du discours », comme Oury (1986) aimait le rappeler en citant Lacan (1991).

Parmi ces discours, d'ailleurs, il en est un dont on aura évidemment pu repérer déjà l'importance, l'importance pour ainsi transversale dans et pour la psychothérapie institutionnelle telle qu'elle a été inventée depuis Saint-Alban et plus tard à La Borde, à savoir le discours théorico-clinique de la psychanalyse, et plus précisément ce que Lacan (1991) appellera le *discours de l'analyste*, ce discours dans lequel le désir, ou plutôt de l'objet (*a*) qui le cause, devient *agent* du discours. Tout ça, c'était donc pour introduire quelque chose de « ça », justement, au sens du « c'était ça » et du « là où c'était », « là où était le Ça » (*wo Es war*), c'est-à-dire du (discours du) *désir*, du désir inconscient tel que le conçoit la psychanalyse, dont l'objet (aussi bien du désir que de la psychanalyse...), l'objet *a*, est aussi ce avec quoi n'a jamais cessé de travailler la psychothérapie institutionnelle, sorte de « matière première » de l'institution, de l'institutionnel ; Oury (1992) et Guattari (2003) envisageaient d'ailleurs, plus ou moins à la blague, d'appeler cet objet institutionnel l'objet *b*, pour rendre compte de ce qu'il en est de l'objet *a* lorsqu'il est travaillé dans et par l'institution. Il ne s'agit certainement pas ici de glorifier le désir ni de se poser en « chevalier du désir inconscient » et de l'objet *a*, comme Oury (2012 : 159) semblait parfois (se) le proposer, mais seulement de prendre au sérieux le désir et son discours dans l'expérimentation que l'on fait de la psychothérapie institutionnelle, dans l'observation que l'on fait de La Borde et de ses pratiques, si cette observation n'a pas de participante que le nom. Ce discours « du » désir, comme tout discours,

n'est évidemment jamais « que » discursif, ou plutôt : il n'est jamais discursif qu'en s'incarnant en même temps dans des *pratiques* très concrètes, des pratiques que l'on pourra néanmoins dire discursives, si on précise qu'elles le sont à la fois au sens où elles *produisent* elles-mêmes du discours et du signifiant – et donc du sujet –, mais aussi et d'abord au sens où elles sont toujours et nécessairement *produites* et façonnées par le discours, des discours, même lorsqu'il s'agit de pratiques « silencieuses », comme c'est le cas de certaines pratiques analytiques.

La psychanalyse – le discours de l'analyste, discours du désir – a été et demeure encore aujourd'hui l'une des deux « jambes discursives » de la psychothérapie institutionnelle telle qu'elle est pratiquée à La Borde, près de dix ans après la mort d'Oury. C'est peut-être moins criant qu'à une certaine époque où le tiers (!) du personnel soignant de la clinique, dont Oury et Guattari bien sûr, allait s'allonger sur le divan de Lacan à Paris (cf. Oury et Depussé, 2003), en plus d'assister à son fameux séminaire du mercredi – ce qui avait pour effet de « vider » la clinique ! –, mais on le constate néanmoins rapidement dans l'ensemble des pratiques institutionnelles – et pas seulement dans les pratiques proprement analytiques ou psychothérapeutiques –, dans les justifications qu'en donnent les personnes qui travaillent et/ou vivent à La Borde, bref, dans *l'éthique* qui continue à orienter ces pratiques, qui est manifestement une *éthique du désir*. La suite de ce mémoire devrait permettre de le montrer, dans la mesure où il s'agira précisément d'aller voir sur le terrain *comment* le désir, *ce* désir – le mien, celui de l'autre, qui est toujours aussi celui de l'Autre –, peut être pris en compte par et dans *l'institution*, par et dans l'ensemble de ses pratiques ; cette prise en compte du désir serait peut-être même une première définition approximative mais valable de *l'institution* au sens où l'entend la psychothérapie institutionnelle, c'est-à-dire par opposition à l'établissement (cf. *infra* : §4.3.10). Mais pour cela, pour voir comment le désir peut en venir à émerger dans l'institution et à lui conférer toute sa puissance thérapeutique, la psychanalyse et son discours/éthique du désir ne sauraient suffire ; c'est seulement et toujours avec ses deux jambes que la psychothérapie institutionnelle a pu marcher et avancer, depuis son invention et jusqu'à aujourd'hui : pour faire court, Freud, économie psychique, et Marx, économie politique. Et il ne suffit pas non plus, pour que « ça marche », de mettre ces deux jambes discursives l'une à côté de l'autre ; il faut encore parvenir à les joindre, à les connecter, à les *articuler*, bref, à *plier* ces discours l'un dans l'autre, dans une *praxis*, précisément ce à quoi s'emploie la psychothérapie institutionnelle depuis l'expérience fondatrice de Saint-Alban. Précisément l'articulation et le pli qu'il s'agira de repérer, de suivre et de « travailler » concrètement dans la suite – mais comment, sinon en partant de quelque chose de mon propre désir d'être là, dans cette articulation, ou du moins de mon propre fantasme qui met en scène ce désir, qui l'a

mis en scène jusque dans ce grand théâtre qu'est – parfois, souvent, toujours ? – cette mystérieuse clinique, La Borde.

Presque littéralement, devrais-je dire. Car le soir du 31 décembre 2021, après le grand dîner de la Saint-Sylvestre – qui est à lui seul une « institution » à La Borde –, et alors que ce séjour de recherche tirait déjà à sa fin, je me suis effectivement retrouvé *sur la scène*, celle du Grand Salon du Château, devant des dizaines de spectateurs – à la fois pensionnaires, moniteurs, psychiatres, visiteurs... –, pour lire un extrait du poème de l'écrivain portugais Fernando Pessoa (2001 : 214), *Ode Maritime*, dont la lecture et la mise en scène avaient été longuement travaillées et préparées dans les mois précédents, tous les mardis après-midis, dans le cadre de l'atelier théâtre. Sous les projecteurs, aveuglé, dans un Grand Salon par ailleurs plongé dans l'obscurité la plus complète, avec tout le reste de la « troupe » de l'atelier pas très loin derrière moi, rue de Rivoli¹⁸, et pourtant si seul – d'une « solitude absolue », pour tout dire (cf. Oury, 1992 : 181-3) – avec mon désir, devant l'énigme de ce désir qui a pu m'amener là, dans un château de Sologne, chez les fous, pour un réveillon du jour de l'an :

*Ah, quem sabe, quem sabe,
Se não parti outrora, antes de mim,
Dum cais ; se não deixei, navio ao sol
Obliquo da madrugada,
Uma outra espécie de porto ?*¹⁹

¹⁸ Nom donné à la petite pièce adjacente au Grand Salon (à l'arrière, côté ouest), en raison de ses grandes fenêtres en arcades (et donc en référence à la célèbre rue qui traverse le centre de Paris) offrant une vue sur le jardin et, plus loin, sur la garderie et l'étang ; une plaque « Rue de Rivoli » a d'ailleurs été installée dans la pièce aux allures de vestibule. La « rue » servait ce soir-là de « loge » ou d'arrière-scène, mais sert habituellement, entre autres, de passage pour entrer ou sortir (discrètement) du Grand Salon (une porte permet en effet de passer de l'arrière du château à l'arrière du Grand Salon, et inversement) et de rangement pour du mobilier et pour le matériel du bar, un autre atelier important à La Borde (cf. *infra* : §4.3.8). Une table de « baby-foot » (soccer de table) y est également installée, de sorte que je me suis souvent retrouvé « rue de Rivoli » pendant mon séjour à La Borde...

¹⁹ « Ah, qui sait, qui sait, / Si je ne suis pas déjà parti jadis, bien avant moi, / D'un quai ; si je n'ai pas déjà quitté, navire sous le soleil / Oblique de l'aurore, / Une autre sorte de port ? » (Pessoa, 2001 : 214 ; traduction de Patrick Quillier, en collaboration avec Maria Antonia Câmara Manuel et Michel Chandeigne).

4.3 L'institution

4.3.1 Le théâtre

Si La Borde peut être pensée cliniquement comme un *théâtre*, et si l'on peut même dire que c'est en tant que *théâtre* qu'elle acquiert toute sa portée et son efficace cliniques et thérapeutiques, ce n'est évidemment pas seulement en vertu de cet « atelier théâtre », qui, depuis toujours ou presque, ne fait finalement qu'offrir *l'une des scènes* – la plus littérale, peut-être la plus littéraire aussi –, *parmi beaucoup d'autres*, où il est possible, pour les pensionnaires comme pour les moniteurs, stagiaires et chercheurs, de mettre en scène quelque chose d'eux-mêmes et de leur désir, et donc par là de produire du fantasme, du transfert, du discours et du signifiant. Si La Borde peut être pensée cliniquement comme un immense théâtre toujours en (re)construction, c'est précisément parce qu'elle cherche à *multiplier et diversifier* autant que possible ces scènes, afin que chacun puisse trouver la scène qui lui convient, en fonction de la singularité de son désir, de son fantasme et de son histoire, et notamment pour cette mise en scène, pour ce fantasme à ciel ouvert – et « théâtralisé » – que la psychanalyse appelle *acting out* – par opposition au *passage à l'acte* qui, au contraire, est une *sortie* de la scène, et se fait donc hors transfert (Lacan, 2004 ; Oury, 1998a). Et si la scène transférentielle sur laquelle une personne – pensionnaire ou moniteur ou stagiaire – pourrait faire un *acting out* n'existe pas encore, il s'agira alors de tout faire – collectivement – pour essayer de la *créer*, de l'inventer, un peu à tâtons, par expérimentation, en tenant compte de la singularité de la personne, de la singularité des personnes qui l'entourent aussi. C'est l'un des premiers grands principes de la psychothérapie institutionnelle depuis Saint-Alban (cf. par ex. : Tosquelles, 2006), à savoir *l'hétérogénéité*, la distinctivité et la diversité à la fois des personnes, des lieux, des activités, des ambiances, etc., ce qui ne serait évidemment pas possible sans inventivité et créativité (dans lesquelles on pourra déjà voir un autre grand principe ou fonction de l'« institution » – on y reviendra). Non pas pour le plaisir, donc, ni pour se divertir, pour divertir et occuper les pensionnaires – qui peuvent parfois avoir l'air de s'ennuyer, certes –, mais précisément pour offrir, dans une perspective résolument thérapeutique et analytique, le plus d'occasions de *transferts* possibles et différentes, le plus de *scènes* possibles et différentes pour ces *acting outs*, c'est-à-dire pour pouvoir agir, « jouer », montrer au grand jour quelque chose du fantasme, du rapport du sujet à son désir inconscient (Oury, 1986). C'est là, sur ces scènes, que se jouera le soin, le traitement, le travail thérapeutique.

Ces principes d'hétérogénéité et de distinctivité ne viennent d'ailleurs pas de nulle part, ni ne sont posés par « bon goût » ou par simple opposition à l'homogénéité mortifère des hôpitaux psychiatriques traditionnels, mais sont en fait, d'abord et avant tout, une réponse à ce qui caractérise essentiellement la

psychose du point de vue de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle, à savoir la dissociation (*Spaltung*), laquelle fait en sorte que le transfert psychotique est lui-même dissocié (Oury, 2016a), multiréférentiel (Tosquelles, 2003), polyobjectal (Racamier, 1973), bref, *éclaté* : le sujet psychotique ne transfère pas, ne peut pas transférer le plus souvent sur un « objet » unique (comme un psychanalyste ou un psychiatre), mais seulement sur une *pluralité* d'objets – qui ne sont d'ailleurs pas toujours ni nécessairement des personnes –, comme autant de « morceaux » disparates de lui-même, de son vécu. Et ce ne sont pas seulement ces principes d'hétérogénéité, de distinctivité et d'inventivité qui découlent de ce constat – et de cette conception de la psychose –, mais aussi le principe, peut-être encore plus fondamental, du *collectif* lui-même, voire de *l'institutionnel* : la « prise en charge » thérapeutique de la psychose ne saurait jamais être que *collective* et institutionnelle, même lorsqu'elle se fait ou croit se faire en « individuel » (par exemple par un psychiatre ou un psychanalyste), c'est-à-dire en prenant en compte et en mettant à profit tout le « tissu social » dans lequel se trouve le sujet, tout le champ transférentiel qu'il ouvre par ses multiples investissements et par son transfert dissocié²⁰ (Oury, 1986 : 151-2). On y reviendra inévitablement dans la suite, entre autres pour préciser ce qu'il faut entendre ici par *collectif* – c'est peut-être même le fil rouge de *l'institutionnel*, sur lequel il s'agira de tirer dans la suite de ce mémoire. Mais dans tous les cas, tous ces principes – hétérogénéité, distinctivité, inventivité, collectif – peuvent être ramenés pour l'instant à cette idée essentielle, qui est aussi une pratique très concrète de *l'institutionnel* : multiplier et diversifier les *scènes* – lieux, personnes, objets, ateliers, activités, y compris celles de la vie quotidienne, comme le ménage et la cuisine – afin de pouvoir accueillir ce transfert « éparpillé » – sorte de « greffes de transfert », disait Gisela Pankow (1977) –, afin de permettre à chacun de pouvoir « agir » et « jouer » son fantasme, notamment dans ces *acting out*. Un immense théâtre, donc, qui laisse une large place à l'expérimentation et à l'improvisation, voire au hasard, mais qui n'en est pas moins extrêmement rigoureux dans sa « structure », voire dans sa « programmation », s'il s'agit bien, au fond, de « programmer le hasard », comme le veut la belle formule paradoxale d'Oury (1998a : 26 ; 219).

²⁰ Guattari (2003 : 266), qui avait lui-même une pratique de psychanalyste, le soulignait sans cesse : « À deux, la psychothérapie, ça marche pas beaucoup, ça marche quelquefois, mais c'est dans des cas particuliers, il faut des types qui ont un citron un peu particulier. À La Borde, bien sûr, on n'est jamais tout à fait deux, toujours il y a les autres derrière, c'est tout juste s'ils n'écourent pas aux portes » (en effet...).

Tosquelles (1985 : 136), notamment à partir de l'expérience de Saint-Alban, le rappelait souvent lui aussi : « Toute rencontre avec quelqu'un, même très isolée et très précise, se produit toujours sur fond de présence – et d'absence – de beaucoup d'autres, pas toujours anonymes. Souvent en effet, il s'agit d'autres gens connus ou reconnus, souvent attendus, appelés ou même convoqués [...] dans cet espace institutionnel concret. »

Ici [La Borde], c'est un lieu où, à cause d'un tas de gens bizarres qui sont réunis et d'un collectif qui les recueille, se produisent beaucoup d'*acting-out*. C'est une chance. Un *acting-out*, c'est un phantasme à ciel ouvert. Dans la société dite normale, on n'a pas cette chance. [...] Reste qu'à La Borde, on ramasse les morceaux de verre [lorsqu'un pensionnaire casse une vitre] plutôt que d'appeler les flics. Un *acting-out*, c'est une sommation de transfert, il faut répondre, et c'est un dur travail, un travail d'interprétation du transfert. Dans une population, même ici, il y a toujours deux classes de gens. Ceux qui interprètent qu'il y a *acting-out*, et ceux qui ne voient qu'un passage à l'acte. Dans la civilisation actuelle, il n'y a plus de place pour les *acting-out*. Ils ont supprimé le transfert. [*Oury rit... Ourit...?*] C'est vrai. Il n'y a plus que des passages à l'acte. Il n'y a plus que des casseurs qu'on met en taule quand il y a de la place. (Oury, dans Oury et Depussé, 2003 : 106-7)

Et Marie Depussé de préciser : « Il y a tout un travail, à La Borde, parlé, écrit, fait, dont on peut dire que c'est une écriture, qui aide ceux qui doivent jouer la scène à savoir où mettre les pieds, et à reconnaître que c'est un *acting-out*. Il y a un style de chacun dans l'interprétation, comme en musique... » (dans Oury et Depussé, 2003 : 106-7).

Une « mise en scène », donc, qui doit permettre de faire voir le fantasme, de le faire émerger et de le reconnaître comme tel, non seulement dans des *acting out* proprement dits, mais aussi, plus généralement, dans tous ces petits faits et gestes, dans tous ces échanges et rencontres qui font le théâtre de la vie quotidienne. Faire émerger et reconnaître le fantasme – que ce soit le sien propre ou celui de l'autre –, non pas pour s'y laisser prendre, encore moins pour y rester pris, mais bien pour le « travailler » et le faire « bouger », délicatement, et ultimement pour le « traverser » – sorte d'horizon aussi bien de la clinique psychanalytique que de la clinique institutionnelle. Ce qui, comme le soulignent bien Oury et Depussé, n'est possible que par un travail d'interprétation du transfert, de ce transfert dans lequel se produit par définition l'*acting out*, dans lequel se manifeste toujours bruyamment le fantasme. Dans la psychothérapie institutionnelle, en raison du transfert multiréférentiel caractéristique de la psychose, ce travail d'interprétation sera toujours et nécessairement *collectif* ; ce sera d'ailleurs le sens de ces réunions dites de « constellations transférentielles », qui réunissent les personnes les plus significatives de l'entourage d'un pensionnaire – de manière à recoller, à rassembler ces « morceaux » de transfert –, et qui sont l'un des principaux dispositifs cliniques inventés par la psychothérapie institutionnelle dans le traitement des psychoses (cf. Delion, 2002). « Interpréter » voudra certes dire ici d'essayer de voir et de *comprendre* – d'abord au sens étymologique de « (re)prendre ensemble », notamment tous ces bouts de transfert éparpillés partout dans l'institution –, de *com*-prendre ce qui se passe fantasmatiquement pour un sujet, ce qui se joue inconsciemment dans son rapport souvent complexe aux autres et à l'institution, mais ne veut certainement pas dire de communiquer directement et verbalement à la personne ce qu'il

en est de son fantasme – ce qui a le plus souvent des effets désastreux sur les sujets psychotiques. L'interprétation se traduira ici beaucoup plus en acte(s) – on pourra même dire qu'elle est l'*acte analytique* par excellence (Lacan, 1966e ; 2013) –, dans un ou des actes qui peuvent parfois être presque imperceptibles – un geste, un sourire, un silence, un regard, un clin d'œil, une présence, une invite –, mais qui auront en commun d'*inscrire* ou de réinscrire le sujet et son fantasme, et peut-être même déjà quelque chose de son désir, dans l'institution, dans une structure ou un ordre symboliques, dans un « discours » – qui était d'ailleurs pour Lacan (1991) ce qui fait « lien social », et qui fait singulièrement défaut dans la psychose. S'il n'y a pas cette *inscription* dans le symbolique, s'il n'y a pas ce passage de l'imaginaire (dans lequel est pris et pétris le fantasme) *au symbolique*, si cette production symbolique – production de signifiants – n'a pas d'effets dans le *réel*, ne « mord » pas dans le réel – par exemple dans la trajectoire existentielle de la personne, dans ce qui la « *cir-constitue* » essentiellement, aurait dit Tosquelles (1985), dans quelque chose de sa « jouissance » –, on pourra dire qu'il n'y a eu pas d'interprétation, au sens fort de cette « intervention symbolique » (Guattari, 2003 : 79) qu'est l'acte analytique et peut-être l'acte institutionnel, que ce n'était à la limite que du vent ou du bavardage. L'interprétation se fait d'ailleurs non seulement en acte(s) mais aussi *entre-actes*, encore au sens théâtral d'une sorte d'entre-scènes : elle est ce qui doit assurer la traduction, le passage d'une scène à l'autre, de cette « autre scène » qu'est la scène du fantasme (inconscient), du rêve et de l'*acting out*, à la scène, aux scènes institutionnelles, où pourra se créer et se jouer quelque chose de nouveau, où il pourra y avoir effectivement *rencontre* et événement qui modifieront quelque chose dans le *réel* de la clinique et des sujets concernés. Que ce soit sur une scène ou l'autre, on reste au « théâtre », mais c'est comme si celui-ci changeait radicalement de qualité en vertu de cette production de signifiants et de cette inscription dans le symbolique. Tout ça peut sembler abstrait et complexe, mais ça peut en réalité être aussi concret et « simple » que de faire un « jeu de marelle » (Guattari, 2003 : 79) ou d'organiser une kermesse ou une fête (Oury, 1986), un atelier ou une activité qui tiendrait compte du fantasme d'une ou des personnes concernées, du désir que ce fantasme scénarise et que le signifiant vient alors « décoincer ». À condition que ces « signifiants » nouveaux puissent s'inscrire dans l'ensemble, qu'ils soient repris dans le discours de l'institution, ou à la limite qu'ils initient un nouveau discours, une nouvelle chaîne signifiante, par laquelle il pourra se rattacher aux autres signifiants de l'institution.

C'est sûrement là, dans ce passage d'une scène à l'autre, de l'imaginaire au symbolique, mais aussi d'un signifiant à l'autre, que s'opère sur le plan institutionnel ou collectif ce qu'on a appelé la *traversée du fantasme* et du mythe, qu'il devient possible de dégager quelque chose du désir inconscient pour le

connecter, le faire circuler dans l'institution, et par là de toucher aussi à quelque chose du réel de celle-ci. Ce qui n'est jamais fait une fois pour toutes, ce qui est toujours à recommencer, chaque jour, à chaque heure, à chaque instant – analyse infinie. La distinction entre les deux scènes, fantasmatisques et institutionnelles, imaginaires et symboliques, est d'ailleurs avant tout « théorique » (bien qu'elle se confirme et se vit dans la pratique, dans la *praxis*, au quotidien) ; on passe sans cesse d'une scène à l'autre, et il n'est pas rare que les scènes se chevauchent, se croisent, voire se confondent – ce qui peut être hautement problématique –, la scène institutionnelle étant vite reprise dans le fantasme, « refantasmée », au risque de s'y figer s'il n'y a pas une nouvelle interprétation pour distinguer rigoureusement les plans, les registres, les scènes. Oury (1986 ; 1992) n'a cessé, tout au long de sa vie et de ses séminaires, de mettre en garde contre cette « imaginarisation du symbolique », dans laquelle il voyait l'une des pires menaces qui guettent en permanence l'institution – à laquelle ne sont pas étrangers l'État, l'établissement et leurs règlements administratifs –, en ce sens où elle se traduit presque systématiquement dans des phénomènes de rivalité, de paranoïa, de prestance, de statut, de cloisonnement, par exemple entre ces « petits royaumes » que risquent toujours de devenir les ateliers, ou les secteurs, ou les services, ou les groupes, lorsqu'ils se referment sur eux-mêmes et ne sont plus articulés à l'ensemble, à un discours. D'où cette nécessité d'une analyse permanente et collective – de l'institution, du transfert, du fantasme, du mythe – qui doit aussi se traduire concrètement en interprétations, c'est-à-dire en actes et en « entre-actes », et donc dans une réinvention permanente de l'institution, des signifiants et des « scènes » qu'elle propose en fonction de la singularité des personnes qui l'investissent, les investissent de leur désir, et en évitant d'en rester sur un plan strictement fantasmatisque et imaginaire qui empêcherait ce désir, ces désirs de circuler et d'inventer. D'où aussi cette nécessité d'une remise en question permanente de soi, de son propre fantasme, de ses propres transferts, de manière à pouvoir apercevoir quelque chose de ce plan du désir, de manière à pouvoir – même de manière éphémère – faire circuler quelque chose de son propre désir singulier dans l'institution.

4.3.2 La traversée

Il n'est pas simple d'arriver à La Borde – on le comprend sans doute mieux maintenant –, si « arriver » veut dire justement de traverser fantasmes et mythes pour atteindre quelque chose du réel de ce qui (se) fait (à) La Borde, si c'est seulement à cette condition que l'on peut véritablement rencontrer La Borde en tant qu'institution – et non en tant que simple établissement –, c'est-à-dire, en un mot, en y inscrivant quelque chose de son propre désir. En un sens, on pourrait dire que j'étais toujours et déjà (« arrivé ») à La Borde, mais précisément par ces fantasmes, et par ces mythes et discours auxquels ces fantasmes s'accrochaient :

tous les chemins me ramenaient toujours à La Borde, à un point tel où j'y étais déjà un peu avant même d'y arriver. Il n'est pas impossible d'ailleurs que l'arrivée n'en soit alors que plus compliquée : le fantasme à traverser n'en est que plus épais, plus dense, plus opaque – véritable brouillard onirique et mystérieux qui enveloppe la clinique et tout ce qui s'y passe –, les fantômes à rencontrer n'en sont que plus nombreux (cf. *supra* : §4.1.4). On en vient presque à envier ceux qui arrivent, non pas bien sûr sans fantasmes ni sans fantômes, mais du moins sans que leur fantasmagorie ne soit aussi solidement accrochée à toute la mythologie labordienne, à tous les discours qui ont participé à produire La Borde ; comme s'ils pouvaient avoir accès plus facilement à ce « terrain de jeu » de la folie qu'est La Borde, au risque toutefois de le confondre avec ce terrain du désir et de finir par « se [croire] au Club Méditerranée » (Depussé, dans Oury et Depussé, 2012 : 142), au risque de ne plus voir les fantômes qui, eux seuls, toujours, paradoxalement, comme les fantasmes, montrent le chemin vers le désir.

Il n'est pas simple d'arriver à La Borde, mais on verra bientôt à quel point il n'est pas simple non plus d'en *partir*, une fois que l'on a commencé à se laisser mettre en question « au plus méconnu » de soi-même (Oury, 1976 : 15 ; cf. *supra* : §4.1.3), une fois que l'on a touché – même de manière éphémère et latérale – à ce point de désir. Mais au fond, comme j'ai pu le suggérer en lisant Pessoa (2001 : 214) sur la scène du Château, le soir de la Saint-Sylvestre, alors que j'allais bientôt repartir justement, peut-être étais-je toujours et déjà parti de La Borde, « déjà parti [...], bien avant moi, d'un quai, [...] d'une autre sorte de port », qui serait justement ce quai du fantasme et du rêve d'où l'on part à destination du désir, sans jamais trop savoir d'ailleurs dans quoi on s'embarque. Et c'est peut-être là, à ce moment, non pas sur scène, mais sur ce quai, ou plutôt sur ce « navire sous le soleil », en partant « bien avant moi » de cette « autre sorte de port », que je suis paradoxalement et finalement *arrivé* – de manière oblique, de cette « oblique de l'aurore » – à La Borde. Non pas sur scène, bien que ce soit sur cette scène, je crois, seul sous les projecteurs, seul avec les autres, que j'ai pu prendre conscience, dans l'après coup, que j'avais effectivement *rencontré* La Borde, que j'avais effectivement *rencontré* certaines personnes qui y vivent et y travaillent, dont certaines, des pensionnaires surtout, étaient juste là, dans la pénombre laissée par les projecteurs. L'aphorisme que Guattari reprenait de Virgile, « il faut être ailleurs pour pouvoir être ici », résonnait en moi différemment ce soir-là, après le spectacle, après avoir lu Pessoa en public, et surtout après avoir passé près de deux mois à La Borde : je l'entendais comme une sorte d'axiome de l'éthique du désir, qui rappellerait au fond simplement qu'il est nécessaire de « partir », c'est-à-dire d'aller voir ce qui se joue sur l'« autre scène » – celle de l'inconscient et du désir, tels qu'ils se manifestent dans le fantasme, le rêve et le transfert... – pour pouvoir être ici et là, au plus près de soi et de son désir justement – mais

d'un désir « travaillé », sublimé –, et donc aussi au plus près de l'autre, sur *cette* scène, scène de la « vie quotidienne », qui est aussi la scène institutionnelle, scène que ne cesse de travailler la psychothérapie institutionnelle depuis son invention – étant entendu, encore une fois, et comme l'avait déjà bien montré Freud (1997) dans sa *Psychopathologie de la vie quotidienne*, que les deux scènes ne sont pas étanches, que ce qui se joue sur l'une ne cesse de passer sur l'autre.

Il n'est pas simple d'arriver à La Borde, donc, si cela veut dire de traverser fantasmes et mythes pour éprouver et rencontrer quelque chose du réel de la clinique. Et on comprend certainement mieux maintenant pourquoi Oury (2014b : 9 ; 1992 : 145) en parlait comme d'une véritable « épreuve » qui met en question l'être même de la personne qui arrive, ce qui est à la « base de son existence ». Une épreuve forcément solitaire – celle du désir –, mais qui ne peut paradoxalement se faire qu'*avec l'autre*, dans et par la rencontre de l'autre, qui précisément vient mettre en jeu – et éventuellement en question – le fantasme, sorte de scénario – inconscient – qui « scripte » ce rapport à l'autre, plaçant le sujet dans une certaine position – subjective, justement, et imaginaire – par rapport à l'autre et aux autres, lui donnant donc aussi une certaine place à l'intérieur de l'institution et de son champ transférentiel. Cette rencontre de l'autre est là aussi une épreuve, une épreuve préalable pour ainsi dire, et peut-être d'autant plus éprouvante lorsque cet autre est pluriel, dispersé, éclaté – comme c'est le cas dans et pour l'institution –, ce qui a pour effet de « diffracter » le fantasme dans toutes les directions. Il s'agit alors de trouver ou prendre cette *place* fantasmatique par rapport à cet autre éclaté, par rapport à tous ces autres qui constituent l'institution, y compris parfois à certains fantômes dont on ne sait plus toujours très bien si ce sont les siens propres ou ceux de l'autre et de l'institution. C'est bien sûr là, à travers ce fantasme, ces fantômes et leur analyse, que pourra être mis en question le désir.

Cette rencontre de l'autre est peut-être d'autant plus une épreuve, une épreuve d'autant plus difficile et parfois angoissante, en l'absence de « codes » explicites et contraignants – règlements, codes de déontologie, conventions collectives, etc. – définissant avec précision la place que doit prendre telle ou telle personne en fonction de son statut, de ses diplômes, etc., codes qui ne sont finalement qu'une des formes, qu'une des incarnations les plus manifestes d'aliénation *sociale* contre lesquelles lutte la psychothérapie institutionnelle, justement parce qu'elles permettent et même favorisent l'évitement de la question du désir et de la singularité. Ces codes ont évidemment quelque chose de rassurant, en ce qu'ils permettent justement de s'insérer dans un établissement, dans un milieu, en sachant à l'avance la place qu'on y occupera, ce qui est attendu, sans avoir à se poser la question de son propre désir dans le

rapport à l'autre et à l'institution. Même en l'absence de codes et règlements explicites et contraignants, comme c'est le cas à La Borde, on pourra penser que ces manifestations de l'aliénation sociale ne continuent pas moins à agir sur un plan imaginaire et fantasmatique, par exemple dans cette croyance spontanée, ô combien naturelle, que le stagiaire ou le chercheur, forcément, ne doit pas être pas à la « même » place que le médecin, que le moniteur ne sera pas à la même place que le cuisinier ou la femme de ménage... et *surtout* que le pensionnaire. Oury (1998a ; 2012) soulignait souvent comment le fantasme, tout en étant absolument singulier, n'était pas moins articulé aux grandes formes d'aliénation sociale propres à une société, entre autres à travers cet opérateur que sont les mythes, et peut-être aussi – en élargissant un peu – les discours au sens où l'entendait Foucault (1969 ; 1971), voire les idéologies au sens où l'entendait Althusser (2011), tous ces récits et fictions qui font aussi et d'abord de nous des sujets sociaux et politiques. Cette « infiltration » du social dans le fantasme et dans l'imaginaire rend d'autant plus difficile la remise en question de ces aliénations, car on constate alors qu'il ne suffit pas de « supprimer le règlement » ou de « supprimer la hiérarchie » pour que leurs règles, leurs principes et leur « esprit » cessent d'agir en profondeur dans l'institution. D'où cette nécessité d'une analyse institutionnelle collective et permanente qui distingue rigoureusement les registres imaginaires et symboliques, qui distingue rigoureusement les statuts (hiérarchiques, réglementaires, par exemple), d'une part, les fonctions et les rôles, d'autre part – distinctions qui se recoupent d'ailleurs et qui sont au cœur du travail de la psychothérapie institutionnelle, ou du moins qui le sous-tendent ; on y reviendra donc dans la suite.

Quelques semaines avant la fin de mon séjour à La Borde, j'ai dû me rendre à Blois, la ville la plus proche située à une dizaine de kilomètres, pour obtenir une troisième dose du vaccin contre la COVID-19 et ainsi mettre à jour mon « pass sanitaire » – sans quoi je n'aurais pas pu continuer à profiter du *nightlife* endiablé du Loir-et-Cher. L'infirmière qui allait me faire la précieuse injection, s'étonnant de devoir vacciner un Québécois, m'avait alors demandé ce que je venais faire dans la région. Elle connaissait La Borde, elle y était déjà allée dans le cadre de son travail, mais elle en était repartie en courant ou presque, disant ne pas supporter de ne pas savoir « *qui est quoi* ». Embarras ? Angoisse ? C'est peut-être l'une des premières choses qui frappent, et parfois qui choquent, et parfois qui dérangent et qui angoissent, en effet, quand on met les pieds à La Borde pour la première fois, et qui participent sans doute de cette « épreuve » que peut être la rencontre de l'autre, y compris de cet autre qu'est l'« institution » : cette impossibilité de distinguer avec certitude les soignants et les soignés, ou plus exactement les « payés » et les « payants » comme dira Oury (1998a : 99-100) – soulignant par là que les « payés » doivent aussi se soigner, et que les

« payants » peuvent aussi remplir une fonction soignante, y compris auprès des « payés » –, c'est-à-dire, en somme : les pensionnaires et les employés, qu'ils soient moniteurs, psychiatres ou autres. Il faut dire que certains jouent de cette impossibilité, ainsi que de la confusion et de l'embarras – voire de l'angoisse – qu'elle peut provoquer. C'est une expérience que chacun fait dès les premiers jours : on se méprend en pensant qu'un tel est pensionnaire (et on apprend ensuite qu'il est bel et bien payé pour être moniteur...), en croyant qu'une telle est monitrice (alors qu'elle n'est pas payée pour être là). Pour ma part, on s'en souviendra peut-être, j'en ai fait l'expérience avant même d'arriver physiquement à La Borde, dans la « chauffe » – la navette – qui m'a amené de la gare de Blois à la clinique, qui était « chauffée » par deux pensionnaires, et l'une dont j'étais persuadé qu'elle était monitrice (cf. *supra* : §4.1.1). Aussi, dès mon deuxième jour, j'ai déjeuné (dîné) au Rez-de-chaussée du Château, assis à côté d'un homme qui me paraissait timide et lointain, voire un peu perdu, mais avec qui j'avais néanmoins réussi à discuter un peu, à bâtons rompus, pendant une petite heure, pour acquérir la conviction plus ou moins consciente qu'il était pensionnaire ; à vrai dire, je ne m'étais pas tellement posé la question, ni ne la lui avais posée d'ailleurs, mais quand on m'a dit plus tard qu'il était psychiatre, j'avais éprouvé une sorte de vertige, qui m'avait moi-même étonné. J'y repense d'ailleurs encore aujourd'hui avec un certain étonnement rétrospectif, tellement ces situations allaient devenir, dans les semaines suivantes, habituelles, voire banales, en tout cas certainement pas vertigineuses – les psychiatres de La Borde étant en fait très présents dans toute la vie quotidienne et institutionnelle de la clinique. J'allais d'ailleurs bientôt partager plusieurs bouteilles de vin avec ce même psychiatre qui m'avait d'abord semblé « un peu perdu » – mais qui était fort sympathique – lors de soirées bien arrosées au local de l'Association culturelle, au point d'en oublier presque qu'il était psychiatre.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette expérience que chacun fait en arrivant à la clinique ; mais ce qui est manifestement en jeu dans cette expérience souvent troublante, et par-delà ce travail essentiel sur la distinction entre statut, fonction et rôle, ce sont justement le fantasme et l'imaginaire, c'est-à-dire tout ce que l'on peut projeter sur l'autre sans même le savoir, qui le met à une certaine place, et qui dictera souvent la manière dont on se rapportera ensuite à lui. Et surtout qui empêchera de le rencontrer dans sa singularité – mais c'est sûrement là un pléonasme : on ne rencontre véritablement une personne que dans sa singularité, sinon on ne la rencontre tout simplement pas (Oury, 1986). À cet égard, le règlement administratif et toutes ses innombrables variantes qui visent à « coder » les rapports entre les individus à l'intérieur d'un établissement – notamment en fonction de leur statut –, *a fortiori* lorsqu'ils sont « intériorisés » par lesdits individus dans quelque chose qui peut s'apparenter à un fantasme, peuvent

apparaître comme de véritables *défenses* aussi bien contre l'angoisse – peut-être celle éprouvée par l'infirmière de Blois lorsqu'elle a mis les pieds à La Borde, ne comprenant pas « *qui est quoi* » – et contre le *désir* dont cette angoisse est sans doute le signe le plus sûr. En l'absence de règlements ou de codes explicites et contraignants, comme c'est le cas à La Borde, et même si leurs « règles » et leurs principes ne continuent pas moins à agir sur un plan imaginaire, chacun est pour ainsi dire renvoyé, parfois brutalement, à son propre fantasme, et donc invité sinon forcé à l'interroger, à le mettre en question : qui est cet autre pour moi ? que/qui suis-je pour cet autre ? que me veut-il (*che vuoi*) ? On est remis devant son fantasme et, si on (le) creuse un peu, si on accepte de l'interroger un peu, si on finit par le traverser même de manière éphémère et sans s'en rendre trop compte, on est sans doute remis aussi devant le désir que ce fantasme mettait depuis toujours en scène et en « forme », non bien sûr sans le « déformer ». C'est certainement là le cœur de cette épreuve que peut être la rencontre de l'autre, qu'il s'agisse d'une personne – le psychiatre, la pensionnaire, la monitrice, la stagiaire... – ou de l'institution elle-même. Mais comment y arrive-t-on ?

Car bien concrètement, on est d'abord jeté dans cette altérité, dans cet Autre qu'est l'Institution, au milieu de ces centaines de « petits » autres qui la constituent, dans un immense réseau de relations complexes dont on ne perçoit même pas l'horizon, et dont on se sent inévitablement et profondément étranger. Des centaines de petits autres qui grouillent partout, dans tous les sens, et que l'on ne connaît pas : c'est toujours un peu terrifiant. Surtout quand on sait qu'on n'y échappera pas, qu'on va devoir faire le saut, aller les rencontrer, puis trouver une place, « sa » place dans l'immense réseau. « Être nouveau, c'est une horreur que chacun d'entre nous a connue plusieurs fois par vie », résumait Marie Depussé (dans Oury et Depussé, 2003 : 232). Une horreur peut-être particulièrement horrible à La Borde, non seulement en raison de cette absence de « règlement » ou de code définissant précisément cette place que l'on devrait prendre et la façon dont on devrait la prendre – c'est bien là en effet qu'on prendrait un règlement, un mode d'emploi, un bout de papier, n'importe quoi qui permettrait de traiter l'horreur et d'apaiser l'angoisse²¹ –, mais aussi parce qu'elle implique une rencontre de cette altérité radicale qu'est la folie,

²¹ J'étais déjà à La Borde depuis plus d'une semaine quand on m'a finalement remis, au Bureau administratif, un sympathique « Livret d'accueil » (La Borde, 2021), dont les premiers mots sont : « Vous venez d'arriver. Peut-être êtes-vous un peu perdu ? Ce petit fascicule est conçu pour vous proposer quelques repères. » Je n'étais peut-être pas encore réellement « arrivé », j'étais certainement encore un peu perdu, mais les repères proposés dans le livret n'allaient plus m'être tellement utiles, les ayant moi-même trouvés au fil des nombreuses rencontres que j'ai faites dans mes premiers jours à la clinique. Il est d'ailleurs permis de penser que ce n'est pas un hasard si on évite de remettre ce livret aux stagiaires et chercheurs dès leur arrivée – ou

laquelle ne manque généralement pas de faire ressurgir, en soi et partout autour de soi, les fantômes, comme dans un vrai film d'horreur. Lors de mon premier soir à La Borde, après avoir passé quelques heures au Local à discuter avec des stagiaires et moniteurs, je m'étais réfugié dans ma petite chambre-dortoir pour défaire mes valises et régler quelques formalités administratives devant marquer le début officiel de mon stage de recherche. Mais ce n'était au fond que des prétextes, des faux-fuyants, non pas peut-être pour fuir, mais pour me permettre de me « retrouver », de retrouver quelque chose du courage et du désir qui m'avaient amené là, avant d'aller affronter cette « horreur ». Voyant l'heure du dîner (souper) arrivée, j'étais presque terrifié. J'aurais certes pu éviter (ou repousser) cette première horreur – il y en aura plusieurs autres... – en restant au Local pour manger avec les stagiaires et quelques moniteurs, dont certains que je connaissais déjà pour les avoir brièvement rencontrés dans l'après-midi, et parmi eux, certains dont je pressentais déjà qu'ils allaient devenir des amis dans les semaines suivantes. C'eût été beaucoup plus facile, donc, certainement moins terrifiant – et beaucoup de stagiaires le font chaque jour pour toutes sortes de bonnes raisons. Mais ce n'était pas vraiment une possibilité pour moi ce soir-là : je ne savais peut-être pas quel était ce désir qui m'avait (r)amené à La Borde, mais je savais qu'il n'était pas là, qu'il n'était pas dans ce que Depussé appelait ironiquement le « bocal » (cf. *supra* : §4.1.4) ; je savais que j'étais d'abord venu pour rencontrer les fous et leur(s) folie(s) – cette folie que j'avais pu dire « autre » dans la mesure où elle serait (re)construite dans d'autres discours et pratiques que ceux, dominants, de la santé mentale et de la psychiatrie scientifique contemporaines (telle était du moins l'hypothèse fantasmatique et fantastique qui m'avait amené là). Il me fallait donc « repartir », sortir de ma chambre-dortoir et du bocal, pour « briser la glace ».

À 19 heures pétantes – car il faut être ponctuel quand on est nouveau, quand même –, j'ai donc descendu très discrètement le grand escalier sombre qui mène du Local – au deuxième étage – à l'avant du Château, lieu de rassemblement important de la clinique, mais mystérieusement désert ce soir-là, puis je me suis dirigé, d'un pas hésitant ou faussement assuré, vers la grande porte, entrée principale du Château. Je me souviens avoir brièvement songé à faire demi-tour à ce moment précis. Mais je ne l'ai pas fait, et j'ai ouvert

plutôt est-ce sans doute une autre manière, justement, de « programmer le hasard » des rencontres, comme le voulait la formule paradoxale d'Oury (1986 : 209 ; 1998a : 26 et *passim*), et surtout d'éviter que l'accueil ne se réduise ici à un « livret » qui pourrait justement être utilisé comme un mode d'emploi, ce qui serait évidemment contraire à l'esprit de la psychothérapie institutionnelle et à sa logique « abductive » du singulier, du désir et de la rencontre (cf. aussi *infra* : §4.3.3, « L'accueil », et §4.3.9). Le livret d'accueil porte d'ailleurs une forme d'avertissement au bas de sa première page, juste sous le sommaire : « Mais ce qui se passe à La Borde, ce que chacun vit, ne peut s'écrire en quelques mots. Ce qui compte vraiment, vous le trouverez ailleurs : au fil des rencontres et des conversations. »

la grande porte du Château, qui mène d'abord sur une sorte de vestibule, lequel sert essentiellement de fumoir pour celles et ceux, le plus souvent des pensionnaires, qui souhaitent fumer avant ou après les repas, et parfois pendant. Là, il y avait un homme, seul, en train de fumer, le regard dans le vide, en retrait de l'agitation bruyante caractéristique du Rez-de-chaussée à l'heure des repas. J'ai cru devoir dire « bonsoir » et me présenter – c'était après tout la toute première personne que je rencontrais « hors bocal ». Simple politesse. L'homme a évité mon regard, craché un nuage de fumée dans ma direction, et s'est mis à gesticuler agressivement : « *Ne me parlez pas, je ne veux pas vous parler, je ne veux pas vous connaître.* »

4.3.3 L'accueil

Je voulais briser la glace, sans savoir que la glace pouvait elle aussi me briser et me casser – en tout cas me glacer. Je pense avoir réussi à esquisser un sourire nerveux et à marmonner un : « *Pas de problème, une prochaine fois peut-être* », qui se voulait le plus cordial possible. Mais mes jambes avaient soudainement ramolli, et j'éprouvais le premier d'une longue série de vertiges qui allaient marquer mes premières journées à La Borde. Le premier et non le moindre, devrais-je ajouter, peut-être même le plus significatif au fond, tellement il venait toucher à quelque chose de profondément enfoui en moi, quelque chose d'encore et toujours brûlant, lorsqu'on y touche ou même qu'on s'en approche trop : sûrement quelque chose d'un désir, que je ne faisais que remettre en scène et répéter dans et par toute cette fantasmagorie de l'accueil, y compris dans son versant le plus sombre et douloureux – parce que traumatique – d'un « mal-accueil » ou d'un « non-accueil » – « *je ne veux pas vous connaître* » (cf. *supra* : §4.2.5). Je ne sais pas d'ailleurs si j'ai vraiment réussi à « connaître » ce pensionnaire par la suite, encore moins si lui a finalement voulu et pu me « connaître » ; je ne sais pas si nous avons pu vraiment nous *rencontrer* autrement que par nos fantasmes et « délires » respectifs ; mais sa méfiance agressive est vite tombée dans les jours suivants, et nous avons pu échanger de nombreuses fois autour de la cheminée et du piano, dans le Grand Salon, et parfois autour de repas. J'ai bien constaté que ce pensionnaire pouvait avoir des délires paranoïaques particulièrement élaborés – ce dont je m'étais bien douté en faisant sa « connaissance » –, qu'il pouvait aussi entrer dans d'étranges rivalités imaginaires et agressives, surtout avec les hommes, en qui il semblait voir des concurrents extrêmement menaçants dans un jeu de conquête dont l'enjeu était le plus souvent la nouvelle stagiaire qui venait tout juste de débarquer. Reste que ce soir-là, qui était mon premier soir à La Borde, j'ai plutôt eu l'impression de « marcher sans faire attention » sur les fameuses « antennes » auxquelles faisait souvent allusion Oury (1986 : 111-2), ces « antennes énormes, monstrueuses » du sujet psychotique qui lui permet de vous « repérer » et de pointer

parfaitement là « où vous en êtes de votre désir ». Je ne pensais seulement pas que j'allais être « repéré » aussi vite par ces « radars permanents », que j'allais être mis à l'épreuve aussi rapidement « dans [ma] propre relation au désir » (Oury, 1976 : 17). Au fond, derrière ce qui pouvait apparaître comme le pire accueil imaginable, voire justement comme un non-accueil, il y avait peut-être quelque chose d'un accueil beaucoup plus profond et plus vrai, sans faux semblant – accueil de quelque chose de mon désir et de mon fantasme, fussent-ils malvenus plutôt que bienvenus pour ce pensionnaire, et que j'allais sans doute devoir interroger et travailler encore un peu pour pouvoir l'inscrire dans l'institution.

Tout de même un peu sonné, j'ai franchi l'autre grande porte qui me séparait encore du Rez-de-chaussée proprement dit et de son agitation bruyante. Le Rez-de-chaussée – qui est un secteur à part entière, l'un des cinq que compte La Borde, d'où la majuscule pour le nommer – est composé, en plus de la cuisine et de « la plonge », à l'est, de nombreuses pièces communicantes – dont le Grand Salon et le Petit Salon – qui servent entre autres de salles à manger lors des repas. Ce soir-là, je pense bien avoir arpenté de mes jambes molles toutes ces pièces, cherchant désespérément un regard dans les dizaines de paires d'yeux affamés qu'il y avait dans chacune des salles ; toutes semblaient déjà s'occuper entre elles, quand elles ne regardaient pas simplement ailleurs. C'est finalement dans le Petit Salon, après ce qui m'a paru une éternité, qu'un homme est venu à ma rescousse avec un regard et un sourire : « *Vous êtes nouveau ?* » (Oui. Quelle horreur. Au secours.) Il me souhaite la bienvenue, se présente, il est moniteur au Rez-de-chaussée depuis de nombreuses années ; il m'explique le déroulement des repas, m'invite à prendre place à la grande table du Petit Salon, alors que plusieurs personnes, probablement des pensionnaires, sans doute curieuses d'entendre l'étrange accent québécois, commencent à se regrouper autour de nous. Et c'est là qu'il me quitte aussitôt, service du repas oblige, me laissant, encore un peu sonné, encore terrifié, « à la merci » de tous ces « radars permanents » – mais non sans me resouhaiter la bienvenue et ajouter mystérieusement : « *Tu sais, l'accueil est une dimension essentielle de la psychothérapie institutionnelle et de tout ce qu'on fait ici ; le docteur Oury nous le rappelait toujours* ». Comme si ce moniteur avait senti que j'espérais une interprétation, un mot, un signifiant, quelque chose, n'importe quoi, pour donner un sens à ce qui était en train de se passer. Quelque chose de moins brutal et direct que ce à quoi j'avais eu droit quelques instants plus tôt dans l'entrée-fumoir.

Je ne crois pas que j'avais vraiment conscience à ce moment, premier soir à La Borde, que c'est par l'« accueil » – par ce signifiant, mais aussi par toute la fantasmagorie qu'il a produite en moi – que j'ai d'abord pu rencontrer et me connecter à La Borde et à la psychothérapie institutionnelle ; si on m'avait

posé la question, j'aurais sûrement dit que c'était plutôt par la « folie », par la « psychose » et surtout par la « schizophrénie », peut-être par la « révolution » aussi – « schizophrénie et révolution »²², en somme, ce qui n'avait été qu'une actualisation, la plus achevée et la plus radicale peut-être, la plus philosophique et la plus adolescente aussi, de ce fantasme qui m'amenait à vouloir penser, sur un plan ontologique, l'articulation, le pli du psycho-social, de l'aliénation psychopathologique et de l'aliénation sociale (cf. *supra* : §4.2.8 ; Deleuze et Guattari, 1972). C'est seulement au cours de mon séjour à La Borde, alors que je commençais à mettre en question – sous les radars psychotiques – ce désir et ces fantasmes qui avaient pu m'amener là, à connecter les points et les territoires sur la carte de ces « autres » fantomatiques qui parlent polyphoniquement en moi, que j'ai aussi commencé à apercevoir ce « pont » ou ce « nœud » de *l'accueil* : à la « centralité de l'accueil » dans ma vie psychique et fantasmatique – avec tous ses « centres d'accueil » qui y avaient été érigés – répondait en quelque sorte cette « centralité de l'accueil » dans la psychothérapie institutionnelle. Sans doute fallait-il aussi que j'éprouve ou expérimente quelque chose de cet accueil tel qu'il est pensé, pratiqué et vécu à La Borde – même et peut-être surtout si c'était parfois négativement, sous la forme de ce que je fantasmais comme un non-accueil ou même une exclusion, et qu'il me fallait alors « dialectiser » – pour pouvoir commencer à l'apercevoir.

Ce moniteur du Rez-de-chaussée avait bien sûr raison : l'accueil est certainement l'un des concepts fondamentaux et transversaux de la psychothérapie institutionnelle que l'on retrouve, opératoire, dans tous ses dispositifs et pratiques de soin, du moindre geste de la vie quotidienne aux vastes structures institutionnelles et instances complexes, comme le Club, en passant par les divers ateliers et activités, mais aussi par l'articulation et l'aménagement de l'espace et du temps. Pour le comprendre, il est peut-être utile d'établir d'abord, avec Oury (2016a), une distinction entre accueil et admission, laquelle recoupe dans une large mesure celle, cardinale, entre institution et établissement : l'accueil a lieu dans et par l'institution, en tenant compte du désir et de la singularité des personnes concernées – aussi bien celles qui accueillent que celles qui sont accueillies, étant entendu qu'une même personne passe constamment

²² C'est peut-être à Gilles Deleuze (2003 : XI) qu'il revient d'avoir su le mieux dégager, avec une tournure syntaxique dont lui seul avait le secret, cette articulation entre folie et révolution telle qu'on la retrouvera (aussi) dans la psychothérapie institutionnelle, et plus particulièrement dans la conception révolutionnaire que s'en faisait Félix Guattari, dont le projet aurait été de « *faire de l'institution l'objet d'une véritable création où la folie et la révolution, sans se confondre, se renvoient précisément ce visage de leur différence dans les positions singulières d'une subjectivité désirante.* » Pour y parvenir, écrira aussi Deleuze (2003 : VIII) dans sa préface à *Psychanalyse et transversalité*, il s'agissait bien alors de « *saisir ce point de rupture où, précisément, l'économie politique et l'économie libidinale ne font plus qu'un.* » C'est sûrement là aussi que la psychothérapie institutionnelle retombe le mieux sur ses deux « jambes » : Freud et Marx, psychanalyse et économie politique.

d'une position à l'autre –, là où l'admission n'est finalement que la procédure ou le protocole administratif, presque réglementaire, en tout cas réglementé et uniformisé, mis en place par l'établissement pour encadrer l'arrivée d'une nouvelle personne. Tout comme un établissement peut être plus ou moins institutionnalisé, une admission peut elle aussi être plus ou moins « accueillante » (et institutionnalisée) – et elle l'est souvent moins que plus dans beaucoup d'établissements, comme on le sait, en raison justement de sa dimension administrative et bureaucratique rébarbative qui tend à dépersonnaliser sinon à déshumaniser (Oury, 1990), et donc peut-être surtout en raison d'un déficit d'institution ou d'institutionnalisation. En réalité, résumera Oury (2016a : 17), « l'admission, [...] c'est souvent un anti-accueil. » D'ailleurs, à l'inverse de l'admission, l'accueil ne saurait jamais se limiter qu'au seul moment de l'arrivée ; il ne consiste pas à souhaiter simplement la « bienvenue » – bien que cela puisse aussi en faire partie, sans être pour autant nécessaire ni suffisant ; à la limite, le « mot de bienvenue » pourrait très bien s'inscrire dans un protocole administratif d'admission et se révéler finalement très peu accueillant – tout dépendra sans doute de la manière, et du sens qu'on lui donne, et c'est justement là qu'interviennent l'accueil et l'institution, en mettant à contribution quelque chose du désir. « L'accueil dure pendant tout le séjour, *et même après* », dira Oury (1990 : 113 ; je souligne), l'institution devenant souvent une sorte de point d'appui et d'ancrage pour beaucoup de personnes qui sont passées par la clinique et qui y ont inscrit quelque chose d'elles-mêmes.

En ce sens, l'accueil pourra donc être pensé ici non pas comme une procédure survenant à un moment *x*, mais bien davantage comme un *processus* permanent, jamais achevé, toujours à réactiver et renouveler, devant permettre au sujet, à la personne que l'on accueille, d'exister à dans toute sa singularité désirante, y compris dans ce que celle-ci peut comporter de « folies » et de manifestations psychopathologiques. Il y a certainement dans cet accueil quelque chose d'un laisser-être, ou plutôt d'un laisser-advenir le sujet (« là où c'était », justement : *wo Es war*), qui pourra apparaître comme l'antithèse la plus radicale des techniques d'adaptation et de normalisation massives caractéristiques des psy-disciplines contemporaines de la santé mentale, qui cherchent précisément à adapter l'individu – et ses comportements – à la société et à sa normativité, sans tenir compte, ou si peu, de sa singularité – sauf bien sûr quand celle-ci prend la forme d'un « projet » de vie et de rétablissement personnel qui correspond « singulièrement » à cette normativité (cf. *supra* : §1.2.3). Laisser-être, laisser-advenir, certes, mais ce n'est pas pour autant un processus passif qui se fait tout seul, tant s'en faut – aussi serait-il peut-être plus juste d'y voir un « *faire-exister* » ou un « *faire-advenir* », en tout cas un *faire* : tout un travail – monumental – sur l'institution, les relations, les lieux, l'ambiance, etc., est nécessaire ne serait-ce que pour créer les conditions et les

« espaces » dans lesquels une personne pourra en venir, parfois au bout de plusieurs mois, de plusieurs années, à inscrire quelque chose d'elle-même et de sa singularité désirante dans l'institution, et donc à « ex-sister » – ce qui implique toujours une certaine « sortie de soi » (*ex-*), un certain rapport à l'Autre et au monde. Un travail permanent et jamais achevé qui consiste, en somme, à inventer une *scène* – un « espace du dire » (Oury, 1998a : 95), un espace transférentiel –, des scènes où il pourra y avoir cette inscription symbolique et donc un « advenir » du sujet, quelque chose comme l'émergence d'un désir jusque-là enfoui, en rade. L'accueil est donc ce qui doit rendre possible ce processus d'inscription, que l'on pourra encore opposer ici à la procédure d'*enregistrement* qui est celle de l'admission dans l'établissement (Oury, 1990) – *check-in*, en somme, comme à l'hôtel.

Car avant d'être un processus, l'accueil est, non pas une technique – il ne saurait y avoir de mode d'emploi tellement il sera différent et variable selon la singularité des personnes concernées –, mais bien une *fonction*, au sens sinon quasi physiologique²³ d'un ensemble d'actions coordonnées en vue d'un « résultat » – ici ladite inscription –, du moins au sens logique et quasi mathématique d'un *opérateur* – ici institutionnel et collectif. Et ce n'est évidemment pas n'importe quelle fonction de l'institution, mais bien ce qui pourra apparaître comme l'une de ses fonctions « transversales » et fondamentales, faisant partie intégrante de ce qu'il est possible d'appeler sa *fonction soignante*, à un point tel où elles se confondent parfois : pas de soin sans accueil, pourrait-on résumer, et, par extension, pas de psychiatrie non plus. Penser l'accueil et le soin comme des *fonctions* permet en outre de les détacher des *statuts* – à partir de cette distinction essentielle dans la psychothérapie institutionnelle entre statut, fonction et rôle – et de rappeler que l'un comme l'autre ne sauraient s'incarner dans certaines personnes spécifiques selon leur statut – comme les psychiatres et les moniteurs, c'est-à-dire tous ceux qui sont « payés » pour soigner et accueillir, mais qui doivent toujours eux aussi être accueillis et se soigner. Il s'agit donc bien davantage d'une fonction institutionnelle, une fonction de l'institution et du collectif dans son ensemble. Au fond, dans une institution de soin – qui n'est pas qu'un établissement –, toutes les fonctions devraient être

²³ Cette métaphore biologique et physiologique était courante dans les débuts de la psychothérapie institutionnelle, entre autres avec Tosquelles (1985) à Saint-Alban : on voulait concevoir l'institution de soin comme un véritable organisme vivant, avec son organisation et donc ses différents organes, membres, fonctions, processus, etc., le tout en transformation (évolution) constante. Peut-être en raison des dérives eugénistes d'une certaine anthropologie évolutionniste (ou « darwinisme social ») dont on prendra la pleine mesure pendant et surtout après la Deuxième Guerre mondiale, cette métaphore se fera de moins en moins présente dans la psychothérapie institutionnelle par la suite, notamment chez Oury, qui préférerait concevoir la fonction, un peu comme Lacan, au sens où on l'entend en logique et en mathématique, par exemple dans la théorie des ensembles.

soignantes – y compris la cuisine, le ménage, l’administration, l’entretien, etc. – et devraient être pensées dans une perspective de soin et d’accueil ; et comme toutes ces fonctions peuvent être remplies alternativement par toutes les personnes du collectif, y compris les pensionnaires qui payent pour être soignés ou se soigner, il est bien évident que l’accueil, comme le soin, sera une fonction transversale et partagée entre « payés » et « payants ». Oury (2016a : 84) allait même parfois plus loin en disant qu’à La Borde, « ce sont surtout les malades qui accueillent » – et qu’ils soient en mesure de prendre cette place dans l’institution, de remplir cette fonction d’accueil, a souvent des effets « thérapeutiques » importants, comme si accueillir l’autre, peu importe d’ailleurs son statut, était une condition essentielle pour accueillir et soigner quelque chose de soi, peut-être de *l’autre en soi* justement (cf. *supra* : §4.2.1) – quelque chose de sa folie et de ses fantômes. Ce rôle des pensionnaires dans l’accueil, *et ce rôle de l’accueil pour les pensionnaires* – et donc dans leur soin –, c’est quelque chose de remarquable, que l’on remarque dès que l’on met les pieds à La Borde.

Le moniteur du Rez-de-chaussée m’a « abandonné » dans le Petit Salon, encore peu terrifié, pour aller participer au service du repas, mais je suis vite encerclé d’autres personnes, des hommes que je devine être des pensionnaires – payants –, très curieux de la présence de ce « nouveau » à l’étrange accent. L’un d’eux le semble particulièrement : un homme, petit et un peu trapu, au visage basané et plissé par le soleil, à la langue déliée surtout, dont j’imagine qu’il aurait pu être, dans une autre vie, un marin basque ou portugais. Il me pose un tas de questions – sur moi, mon travail, le Québec –, m’invite à m’asseoir à côté de lui pour le repas, me sert un verre d’eau, me présente aux autres pensionnaires qui prennent place autour de cette grande table, précisant à chaque fois dans quel secteur de la clinique²⁴ ils habitent, et répétant à tout le monde : « *C’est Louis, il vient de Montréal au Québec, il vient faire une recherche sur la psychothérapie institutionnelle.* » Le repas à peine servi – là encore par une pensionnaire des Hauts-Bois à laquelle il me présente –, il me demande si j’ai déjà un « poisson-pilote » ; je lui réponds que ça ne me semble pas du poisson mais plutôt du poulet, délicieux par ailleurs ; il s’esclaffe avec les autres pensionnaires, m’expliquant aussitôt que les « poissons-pilotes » ne se mangent pas, quoique, mais ce sont en fait les personnes – le plus souvent des pensionnaires – qui accueillent les nouveaux en leur faisant

²⁴ La Borde est composée de cinq secteurs d’hospitalisation – dans des bâtiments distincts –, dont quatre comportent des chambres de pensionnaires (l’Extension, le Parc, les Hauts-Bois et les Pilotis), pour une moyenne de 27 pensionnaires par secteur. Le cinquième secteur est le Rez-de-chaussée du Château, qui ne compte pas de chambres, mais qui se veut un espace d’accueil et d’activité pour tous les Labordiens et les visiteurs, notamment pour les familles, ainsi que pour les personnes en « hospitalisation de jour » (jusqu’à une trentaine par jour). Chacun de ces secteurs sera présenté sommairement dans la suite (cf. *infra* : §4.3.6).

visiter la clinique à leur arrivée, afin qu'ils puissent mieux s'y retrouver et éventuellement s'inscrire dans ce vaste réseau de signifiants. Le rendez-vous est pris pour le lendemain matin à 10h devant le Château, et nous convenons qu'il en profitera aussi pour m'interviewer pour le journal de La Borde, *Les nouvelles labordiennes*, entrevue dans laquelle je pourrai aussi me présenter, et présenter mon projet de recherche, à l'ensemble de la clinique (cf. annexe D). En dix minutes « top chrono », comme dirait Siri, je faisais déjà l'expérience de quelque chose de cet accueil labordien, un accueil express en quelque sorte, mais qui semblait déjà promettre au moins la possibilité d'une véritable inscription symbolique et institutionnelle – peut-être d'abord par le journal, où je trouverai effectivement une sorte de point d'ancrage (ou d'encre...) et de lieu d'inscription pendant mon séjour à La Borde.

Bien entendu, même à La Borde, l'accueil ne remplace pas l'admission, pas plus que l'institution ne se substitue à l'établissement, son règlement et son cadre juridique ; chacun – employé, pensionnaire, stagiaire ou même chercheur – doit tout de même passer par l'inévitable procédure d'enregistrement administratif et réglementaire mise en place par l'établissement ; dans mon cas, par exemple, quelques formulaires à remplir au Bureau administratif, quelques questions sur mes vaccins, une convention de stage et une « autorisation à la recherche » à signer, un « livret d'accueil » qu'on me remet. On n'y échappe pas. Mais tout se passe comme si l'accueil et l'institution, même au Bureau administratif, viennent ici « envelopper » l'admission et l'établissement, et donc les adoucir ou les feutrer, en quelque sorte, en réduire sinon en annuler les effets parfois déshumanisants et aliénants. Cette fonction d'accueil ne s'incarne pas dans des personnes spécifiques – pas même un « poisson-pilote », qui est là encore une fonction –, mais elle n'est pas localisée non plus dans des lieux, des instances ou des institutions spécifiques, pas plus qu'elle ne se concentre à des moments donnés et programmés : l'accueil dans une institution de soin devrait être l'affaire de tout un chacun, en tout lieu et à tout moment. On pourrait s'amuser à y voir une forme de paradoxe : à la « centralité de l'accueil » dans la psychothérapie institutionnelle – sur les plans à la fois théorique, conceptuel, pratique et clinique – correspond sa « décentralisation » ou « décentralité » spatio-temporelle et « fonctionnelle » la plus radicale dans toutes ses institutions, instances, fonctions, pratiques et lieux – et peut-être serait-il d'ailleurs plus juste de parler d'une *transversalité* de l'accueil, ce qui permettrait en outre de sortir de ce paradoxe dont on aura compris qu'il n'était qu'apparent. Il n'en demeure pas moins que plusieurs lieux, institutions ou instances à La Borde ont sans doute une importance particulière eu égard à cette fonction collective et transversale, ce dont témoignent les signifiants qui ont été créés au fil des années, par exemple :

- l'*Orange Accueil*, petite réunion matinale quotidienne, à 9h30, dans tous les secteurs, où moniteurs et pensionnaires se retrouvent autour de boissons chaudes et de jus, parfois de quelques croissants ou pâtisseries lors d'occasions spéciales, pour se réveiller, prendre les médicaments (« traitements ») du matin si ce n'est déjà fait, échanger, lire la « feuille de jour » (cf. *infra* : §4.3.5), et donc sans doute pour s'accueillir les uns les autres dans cette journée qui commence ;
- le S.A.M., pour *Soins Accueil Ménage*²⁵, prolongement de l'Orange-Accueil qui a lieu lui aussi chaque matin dans tous les secteurs, et qui, bien que difficilement définissable en deux (ou même trois) mots (cf. Novaes, 2023), consiste essentiellement à prodiguer les soins – d'abord physiques, mais aussi psychiques – et offrir un accompagnement aux pensionnaires qui en ont besoin pour démarrer leur journée, ainsi qu'à effectuer collectivement les tâches de ménage, qui relèvent ici du Club, donc de l'ensemble des pensionnaires, moniteurs et employés (en somme : accueil et inscription du corps dans un espace qui en est le prolongement, et que l'on cherche à « ménager » ou à aménager en *lieu*) ;
- le G.A.P., pour *Groupe d'Accueil Permanent*, qui assure comme son nom l'indique une « permanence » – mais selon des horaires variables ! – au rez-de-chaussée du Château, dans la Salle des Colonnes, afin d'« accueillir » non seulement les nouveaux, mais aussi toute personne – souvent un pensionnaire, ou un visiteur – qui chercherait des repères pour s'orienter dans la

²⁵ C'est du moins la signification de l'acronyme qui m'a été donnée le jour de mon arrivée, quand j'ai demandé à une monitrice : « C'est quoi ça, un "Sam" ? ». Mais j'ai vite constaté, comme le remarque aussi Clara Novaes (2023) dans son bel article sur « L'expérience S.A.M. à La Borde » paru récemment dans *Chimères*, que cette signification était en réalité extrêmement variable selon les personnes et les lieux dans la clinique. S'il existait une définition « historique » plus ou moins officielle – ce qui n'est pas si sûr –, ce serait selon plusieurs « *soins, animation, ménage* » (cf. par ex. : Polack et Sabourin, 1976 : 61) – peut-être celle que j'ai paradoxalement le moins entendue pendant mon séjour à La Borde. J'ai toutefois entendu à plusieurs reprises « *Soins, ambiance, ménage* » et « *Soins, atmosphère, ménage* », ce qui n'est pas inintéressant quand on sait que l'ambiance, comme l'accueil, est l'un des concepts cliniques les plus importants de la psychothérapie institutionnelle (cf. *infra* : §4.3.10). Une matinée par semaine – différente selon les secteurs –, le temps du S.A.M. est d'ailleurs consacré en grande partie à une « Réunion Ambiance », qui vise à libérer (et accueillir) une parole, aussi bien chez les pensionnaires que chez les moniteurs, au sujet de l'ambiance du secteur et de sa vie collective. Bref, même si, dans ce « signifiant assez puissant du jargon labordien » – « Sam » –, écrit Novaes (2023 : 59), « le "petit a" » subit (là aussi) des variations, ne se laissant pas s'approprier comme ça, gardant une partie d'inaccessible, permettant parfois des dérivations plus poétiques », chacun reconnaîtrait néanmoins que l'accueil, comme l'ambiance, est une dimension absolument essentielle des S.A.M., comme de tout ce qui se fait à La Borde.

clinique et dans l'ensemble parfois déroutant des activités, ateliers et réunions du Club – l'accueil voulant donc dire justement ici de favoriser une inscription de la personne dans le temps, dans l'espace et dans l'institution en tenant compte de sa singularité (cf. aussi : Oury, 2013) ;

- La *réunion d'accueil*, qui est l'une des deux grandes réunions hebdomadaires du Club qui se tient le vendredi après-midi au Grand Salon, et qui vise non seulement à souhaiter la bienvenue aux nouveaux – pensionnaires, stagiaires ou moniteurs... –, mais aussi et peut-être surtout à accueillir une *parole* au sujet des activités du Club qui se déroulent dans la semaine qui s'achève, d'en faire en quelque sorte « le récit », comme me l'expliquait une monitrice très présente au secrétariat du Club, ce qui a là aussi une importante fonction d'inscription et d'articulation symboliques dans l'institution, dans un discours.

Bref, si l'accueil est central ou transversal dans la psychothérapie institutionnelle, il va de soi que des institutions et des lieux décentralisés ont été aménagés pour en assurer la continuité et la permanence, ce qui transparaît aussi dans le réseau de signifiants, dans le discours qui permet de les articuler et de les faire tenir ensemble. L'erreur consisterait donc seulement à croire que l'accueil se passe *là*, qu'il suffit d'aller au G.A.P. ou à la Réunion d'accueil pour accueillir ou être accueilli. Mes fantasmes d'accueil et de désaccueil (cf. *supra* : §4.2.5) m'ont d'ailleurs sans doute amené, paradoxalement, et plus ou moins consciemment, pendant mon séjour, à me méfier de ces lieux-dits d'accueil, peut-être trop marqués par le signifiant, comme si je pressentais que l'accueil ne se passait pas vraiment là, qu'ils n'étaient pas forcément les plus accueillants, voire que leur accueil pouvait toujours basculer en désaccueil... *ou pire*. Marie Depussé (dans Oury et Depussé, 2003 : 232) :

[...] surtout le vendredi, à quatre heures de l'après-midi. Depuis quarante ans, ce jour-là, à cette heure-là, se tient dans le grand salon la réunion dite d'accueil ; elle porte ce nom parce qu'à la fin on pose la question : « Il y a des nouveaux ? » Parce qu'un hôpital se doit, comme [l'écrivait Oury] en 1957, d'être hospitalier. Quand c'est un pensionnaire, généralement, une ou deux voix le présentent ; mais le stagiaire, ou le nouveau moniteur, doit se lever, dire son nom, qu'il est là depuis trois jours pour trois semaines ou pour toujours, qu'il vient de Belgique ou de Troyes en Champagne. Redoutable, ce rite. [...] On est tous Charles Bovary²⁶,

²⁶ Allusion au début du roman de Gustave Flaubert (1887 : 3), *Madame Bovary*, d'abord publié en 1857. Les premières pages du roman décrivent en détail cette « horreur » telle que l'a vécue Charles Bovary – qui sera plus tard le mari de madame (Emma) Bovary, personnage principal – en étant « le nouveau » dans une classe à l'école : « "Levez-vous, reprit le professeur, et dites-moi votre nom." Le nouveau articula, d'une voix bredouillante, un nom inintelligible. "Répétez !" Le même bredouillement de syllabes se fit entendre, couvert

trop grand, trop gros ou le contraire, pas habillé comme les autres, et, parce qu'on ne connaît pas les codes du lieu, acculé à être visible. Et on finit par articuler son nom comme un appel au secours qui vous retombe dessus en bouillie [...] Quand, à la réunion, ceux que tu appelles les « ça va d'soi » ont la situation en mains, l'accueil est, comme ailleurs, meurtrier.

Rite redoutable et inévitable, mais qui n'est peut-être pas toujours ni forcément un rite *d'accueil*, ni un rite accueillant au sens où l'entend la psychothérapie institutionnelle.

L'accueil et sa transversalité peuvent sans doute d'ailleurs être (re)pensés ici à partir de l'idée princeps de la psychothérapie institutionnelle : pour pouvoir espérer soigner la folie, la psychose, dit-on, il faut d'abord *soigner l'hôpital*, l'établissement de soin – c'est-à-dire, en un mot, le rendre le plus accueillant possible, le plus susceptible d'accueillir et soigner la folie. C'est là que tout un travail sur l'institution, un travail d'analyse institutionnelle et d'institutionnalisation de l'établissement, est indispensable, de manière à créer une *ambiance*, une atmosphère qui soit la moins aliénante possible, dans laquelle le sujet ne se sentira pas étranger – ni étranger à lui-même –, mais pourra même commencer à se reconnaître – comme dans une sorte de miroir – et donc à exister dans sa singularité. Une ambiance « générale » – transversale – dans et de l'institution, mais qui justement autorise et favorise dans sa transversalité une *multiplicité* d'ambiances distinctes selon les lieux, les secteurs, les activités, les ateliers et surtout les personnes qui les font exister. On retrouve là les principes d'hétérogénéité et de distinctivité, essentiels dans cet effort de la psychothérapie institutionnelle pour « soigner l'hôpital », le rendre plus accueillant – accueil qui passera souvent beaucoup plus par l'ambiance – plus ou moins invitante – entourant un atelier que par l'activité elle-même qu'on y fait – poterie, hand ball, journal, théâtre... Car ce qu'il s'agit d'accueillir et de faire émerger dans cet accueil institutionnel de la folie, c'est bien sûr d'abord et avant tout quelque chose du désir, la *folie du désir* pourrait-on dire, justement, telle qu'elle se manifeste dans le transfert éclaté, dissocié, multiréférentiel, du sujet psychotique. C'est certainement le sens premier – et dernier – de l'accueil dans la psychothérapie institutionnelle, dans cet effort pour « soigner l'institution de soin » : *accueillir le transfert* – et les éclats de désir qu'il manifeste dans son éclatement – en créant un ensemble diversifié mais cohérent et structuré, et toujours à réinventer, de lieux, de scènes, d'activités, dans et sur lesquels le sujet pourra en venir à transférer ce qu'il y a de plus singulier en lui. Bien sûr, le travail et l'accueil ne s'arrêtent pas là, dans cette révolution institutionnelle permanente, c'est peut-être même là

par les huées de la classe. "Plus haut! cria le maître, plus haut !" Le *nouveau*, prenant alors une résolution extrême, ouvrit une bouche démesurée et lança à pleins poumons, comme pour appeler quelqu'un, ce mot : *Charbovari*. »

seulement qu'ils *commencent*, car accueillir véritablement le transfert voudra aussi et surtout dire l'analyser, l'interpréter, en *rassembler* les morceaux épars, éparpillés un peu partout sur les scènes institutionnelles ; il y a toujours quelque chose dans l'accueil qui est de l'ordre du *recueil*, d'un recueillir, d'un rassemblement, et c'est là, « là où c'était » complètement épars, qu'un « je », un sujet pourra commencer à se rassembler et donc à advenir comme sujet désirant. C'est aussi là que l'on commence à soigner la folie elle-même, et plus seulement l'institution qui doit la soigner, c'est-à-dire que le soin porté à l'institution de soin porte ses effets (psycho- et socio-)thérapeutiques. D'où l'importance et la multiplication des *réunions* – les constellations transférentielles n'en sont finalement qu'un exemple – dans une institution comme La Borde, lesquelles ont justement (notamment) pour fonction de « réunir », de rassembler, de recueillir ces fragments épars du transfert éclaté qui, autrement, resteraient éparpillés dans l'institution, au risque de la faire éclater. Pour pouvoir *accueillir* – au sens fort – le transfert dissocié du psychotique, une institution doit certes être extrêmement solide et forte, mais cette solidité et cette force se mesureront surtout à sa souplesse et sa « plasticité », à sa capacité à se (laisser) « transformer » par ce transfert – d'autant plus que ce transfert ne vient ici jamais seul, ce sont toujours en réalité, dans une institution, des centaines de transferts dissociés et de contre-transferts qui se croisent et s'« éclatent » dans un vaste champ transférentiel « plurifocal » (Kaës, 2007 ; Oury, 2001), sorte de chassé-croisé transférentiel qui peut certes être terrifiant au départ, et qui en tout cas étire l'institution dans tous les sens, la menaçant à tous les instants d'« implosion » et d'éclatement. Importance des réunions, donc. Importance de la parole, du signifiant, d'une structure et donc d'un discours qui puisse faire tenir l'ensemble, le solidifier dans sa précarité et sa plasticité.

Ce qui vaut sur un plan institutionnel et collectif vaudra d'ailleurs tout autant sur un plan subjectif, « individuel », pour ce sujet qui dit vouloir participer au soin et à l'accueil de la psychose – peu importe son statut. Tout un travail sur soi – ses fantômes, ses fantasmes, son désir – est indispensable pour ne serait-ce que pouvoir « supporter » le transfert psychotique, qui est souvent non seulement dissocié mais aussi *massif*, qu'il soit « positif » ou « négatif », qu'il actualise un désir dans l'un ou l'autre de ses versants, *libido* ou *destrudo* (cf. *supra* : §4.2.6), avec ces cas limites que sont peut-être l'érotomanie et l'agression. C'est une chose de le supporter sans implorer et décompenser – certains y arriveront un temps en mobilisant de bons mécanismes de défense –, et c'en est encore une autre de pouvoir véritablement *accueillir*, ce qui suppose sûrement d'avoir réussi à libérer, à ouvrir en soi un espace psychique pour recevoir et soutenir ce transfert, pour le porter et le travailler, y compris ensuite sur un plan collectif : en somme, il faut sans doute avoir accueilli et recueilli en soi quelque chose de son propre désir (et de sa folie)

pour pouvoir accueillir la folie de l'autre et de son désir tels qu'il s'éclatent dans le transfert²⁷. Oury (1986 ; 2001) voyait dans cet accueil une sorte de « position éthique » – d'une éthique du désir –, évidemment très liée à la question-axiome du *qu'est-ce que je fous là ?*, et qu'il résumait par deux grands principes : *disponibilité et vigilance*. La disponibilité renvoie précisément à cet espace psychique que l'on crée en soi et autour de soi pour accueillir et porter quelque chose de l'autre²⁸, de son transfert – sorte d'ouverture radicale à l'autre et à sa singularité désirante ; la vigilance, quant à elle, renvoie à cette attention soutenue que l'on doit porter à l'autre lui-même, certes, mais aussi et surtout à soi-même, à ce que l'on reçoit et porte de l'autre par le transfert – une sorte de veillance et « voyance » (Oury, 1992 : 182-3), donc, qui doit permettre d'éviter d'être englouti par le transfert psychotique, ce qui aurait alors pour effet d'engloutir le sujet lui-même et le désir fragile qui pointait dans ce transfert. Dans la relation psychothérapeutique, dans l'analyse du transfert, « il s'agit non pas de voir en l'autre (c'est un piège, de voir dans l'autre), mais de voir en soi, et pas forcément au sens de "savoir" », mais certainement au sens d'une « analyse de son propre désir » qui entre en jeu dans ladite relation et qui seul est susceptible de modifier celle-ci, de modifier quelque chose de la trajectoire de la personne (Oury, 1998a : 28). Disponibilité et vigilance, une position éthique qui ne se commande pas ni ne s'enseigne – il ne saurait y avoir de mode d'emploi –, rappelait aussi Oury, mais qui peut certainement se « travailler », individuellement (par exemple en analyse) et collectivement (par exemple dans ces constellations transférentielles, dans des réunions, des groupes de « contrôle » ou de supervision), entre autres à partir de cette question cardinale : *qu'est-ce que je fous là ?*

4.3.4 Le vide

À la grande table du Petit Salon, ce soir-là, en moins de quinze minutes, je sentais que j'avais (pris ou trouvé) une place, et que j'allais donc aussi pouvoir avoir une place dans les jours et les mois suivants, à

²⁷ On pourra y voir une simple reformulation, dans le contexte de la psychothérapie institutionnelle, de ce que le psychanalyste hongrois Sándor Ferenczi (1974) appelait la « seconde règle fondamentale de la psychanalyse » (après celle de l'association libre), à savoir la règle de l'« analyse didactique » : il faut avoir fait soi-même une psychanalyse pour pouvoir être psychanalyste, c'est-à-dire notamment pour pouvoir reconnaître, « maîtriser », travailler le transfert et son propre contre-transfert (cf. aussi Freud, 2013c). On aura peut-être aussi remarqué que la psychothérapie institutionnelle a fait de cette règle, appliquée à l'institution et au collectif, l'idée princeps qui oriente toute sa clinique : pour soigner la folie et les fous, il faut d'abord *soigner l'institution de soin* – ou encore, il faut que l'institution de soin se soigne *elle-même* dans une auto-analyse institutionnelle permanente (cf. *supra* : §1.6.3 et §4.1.5).

²⁸ Le pédopsychiatre et psychanalyste Pierre Delion (2018), qui est aussi l'un des penseurs importants de la psychothérapie institutionnelle contemporaine, a créé le concept de *fonction phorique* (du grec ancien *phorein* et qui signifie « porter ») pour décrire cet aspect fondamental de l'accueil dans la clinique des psychoses.

cette table mais peut-être aussi et surtout dans cette institution qu'est La Borde. C'était un sentiment plus qu'autre chose, une impression, qui tenait sûrement plus à quelque chose de l'ordre de l'ambiance, du « pathique », comme diraient Oury (1986) et Maldiney (2007), qu'à l'hospitalité chaleureuse de tel pensionnaire ou de tel moniteur : je m'émerveillais en fait de cette tablée fantastique, folle et joyeuse, réunie un soir de novembre dans un château de Sologne autour de ce délicieux poulet-(pas-)pilote ; je m'en émerveillais, m'en étonnais même, mais comme si j'y avais toujours et déjà été (à ma place). Sûrement quelque chose du fantasme et du désir, donc, qui commande souvent ces impressions de « déjà-vu », ou encore celles d'être là où on a toujours dû être (là où c'était, *wo Es war*). Sûrement quelque chose aussi d'une fonction d'accueil institutionnel qui commençait à opérer. Mais je ne mesurais pas encore à quel point cette « place » que j'espérais et croyais naïvement déjà (faire) mienne après 15 minutes, comme cet accueil d'ailleurs, comme tout ce qui relève de l'institutionnel sans doute, est toujours extrêmement *précaire*, mouvante : toujours à refaire, en quelque sorte, à repenser, à réinventer, à chaque instant, en chaque lieu, dans chaque relation. Sans doute aussi parce que cette place est au fond toujours *ailleurs*, sur une « autre scène », qu'il faut aller habiter pour pouvoir chaque fois retrouver ou reprendre une place *ici*, à un moment donné, dans un lieu-dit, comme à cette table du Petit Salon.

À cette table, d'ailleurs, pendant le dîner, un homme d'un certain âge, avec un fort accent du Sud, se mêlait aux conversations avec beaucoup d'aisance et d'humour, parfois avec quelques mots d'esprit particulièrement vifs. Je comprends vite que sa présence et sa personne intriguent, voire effarouchent plusieurs personnes autour de la table : personne ne sait qui il est, mais personne n'ose non plus le lui demander, peut-être en raison de cette assurance presque intimidante – j'allais écrire agressive – qu'il dégage. Probablement un nouveau lui aussi, mais qui ne semble pas du tout vivre sa « nouveauté » comme moi, ni comme les autres, c'est-à-dire comme l'« horreur » qu'elle est toujours. Finalement interrogé par le même moniteur qui était venu à mon secours, quelques minutes plus tôt, alors que j'errais désespérément au Rez-de-chaussée à la recherche d'une « place », il finit par se présenter : il vient d'arriver cet après-midi, il est stagiaire en éducation spécialisée, mais il a longtemps travaillé en psychiatrie (à d'autres, il dira d'ailleurs qu'il est psychiatre...), mais aussi en théâtre et en cinéma ; il parle abondamment de lui-même et de son histoire, au point de monopoliser l'attention – certes diffuse – de la table pendant un long moment. Une histoire tout à fait crédible (outre peut-être la parenthèse que j'introduis), à laquelle toute la table, toutes les chaises aussi, semblent ajouter foi. Mais comme ladite parenthèse le suggère, et comme je le comprendrai plus tard, il n'en est rien : cet homme vient en fait d'être hospitalisé aujourd'hui pour une dépression sévère, qui lui a fait perdre presque tout – emploi,

femme, maison... Sans doute n'avais-je pas encore assez trouvé ma place, ni à cette table ni à La Borde, pour bien apercevoir les places que chacun occupe – même et surtout si c'est sur un plan imaginaire et fantasmatique, et parfois pseudo-délirant, comme c'est souvent le cas pour tout ce qui concerne les statuts – sociaux, hiérarchiques, etc. Un peu comme ma rencontre avec le psychiatre « un peu perdu » dont j'avais cru qu'il était pensionnaire (cf. *supra* : §4.3.2), cette rencontre avec ce pensionnaire qui se présentait alternativement comme stagiaire ou comme psychiatre a été à la fois troublante et marquante pour moi, pour plusieurs raisons qui tiennent d'abord à quelque chose du transfert – les masques sont rapidement tombés et j'ai pu avoir une véritable relation ou rencontre avec ce pensionnaire –, mais d'abord parce qu'elle m'a remis devant ce que Oury appelait la « précarité des statuts » – et donc des « places », justement, lesquelles semblent toutefois recouper largement à la fois les statuts, les fonctions et les rôles. J'ai pu en reparler plus tard avec le moniteur du Rez-de-chaussée qui prenait place à la table ce soir-là, et il m'avait dit : « *Tu sais* » – il commençait toujours ses phrases par « *tu sais* », alors qu'à La Borde j'étais résolument socratique, je savais seulement que je ne sais rien – « *Tu sais, la différence entre un pensionnaire et un moniteur, entre un soignant et un soigné, est souvent si ténue, infime... Docteur Oury avait raison de dire que la différence se réduit souvent à être payé ou payant.* » Je lui avais fait remarquer que moi-même, comme tous les stagiaires d'ailleurs, je n'étais pas payé pour être ici, et même plutôt payant considérant ce qu'il m'en avait coûté – financièrement, mais « pas que ». Ça l'avait laissé songeur un instant, comme s'il ne savait pas si ça venait confirmer ou infirmer ce qu'il disait. Ça venait en fait le radicaliser.

Mais il faut aussi être honnête : ce n'est pas toujours le cas non plus, c'est-à-dire que le statut (payant ou payé) ne laisse parfois aucun doute, et une différence apparaît alors de manière beaucoup plus manifeste, ne serait-ce que dans le rapport au monde et à l'autre, dans le rapport à soi aussi – les psychanalystes parleraient d'une différence de *structure* (psychique), mais qui n'infléchit évidemment en rien la position éthique à l'égard de la personne. Le long monologue du pensionnaire qui se disait (ou croyait) stagiaire a été interrompu, ce soir-là, par l'arrivée dans le Petit Salon d'un autre pensionnaire – aucun doute possible qu'il était « payant » – qui s'est mis à tourner rapidement autour de la table, extrêmement agité, comme s'il était poursuivi ou menacé. Un homme dans la soixantaine au moins, cheveux hirsutes, barbe de plusieurs jours, vieux vêtements ternes, trop grands. Il arrête sa circambulation à quelques chaises de celle où je prends place, lâche un grand cri qui pourrait être d'effroi, puis se laisse tomber par terre, juste derrière les personnes assises à la table, en train de terminer leur dessert. Il y reste allongé, immobile, pour ce qui me semble une petite éternité, une minute, deux minutes, lâchant à intervalles presque

réguliers de nouveaux cris, sourds et brefs. Je t'étonne de cette arrivée fulgurante, fracassante au milieu du repas ; je m'étonne surtout que personne à la table ne semble s'étonner – ni donc intervenir –, pas même le moniteur « *tu sais* » de l'autre côté de la table qui continue tout bonnement à manger ; j'en déduis assez vite que la scène doit être tout sauf inhabituelle. Assis à ma droite, mon futur poisson-pilote, lui, a baissé les yeux dès l'arrivée du pensionnaire agité, échappant quelques « *ah non...!* » d'exaspération discrète ; il finit par se pencher vers moi pour me chuchoter qu'il est « *vraiment désolé* » (j'ai presque l'impression qu'il me présente des excuses au nom de la clinique, de l'institution) : « *Ce n'est pas acceptable pour ton premier dîner ici, ça ne devrait pas arriver.* » Je m'apprête à le rassurer d'un regard et d'un geste quand un nouveau cri sourd, plutôt un hurlement cette fois, nous fait sursauter et déchire l'espace du Petit Salon devenu entre-temps silencieux – d'un silence lourd dans lequel transparaît déjà une certaine angoisse chez plusieurs personnes assises à la table, la tête soudainement plongée dans leur assiette vide. C'est à ce moment qu'un homme se lève à l'autre bout de la table pour s'approcher du pensionnaire, toujours allongé au sol, mais qui s'est relevé sur ses coudes en poussant son dernier cri, regardant droit devant lui comme s'il voyait quelque chose de terrifiant – et sans doute voit-il *effectivement* quelque chose de terrifiant. L'homme que je ne connais pas encore, que je connaîtrai seulement plus tard comme un moniteur expérimenté, qui dégage dans sa démarche un calme et une douce assurance, se penche sur le pensionnaire et lui met la main sur l'épaule : « *Mais oui*, dit-il alors, *S. pense qu'il va mourir, et ça lui fait très peur.* »

Je ne sais pas à qui s'adressait cette phrase mystérieusement formulée à la troisième personne, « il » – a) au pensionnaire lui-même, S., ou b) aux personnes attablées chez qui semblait poindre l'angoisse, ou encore c) à lui-même, comme pour essayer de « *com-prendre* », de prendre ensemble et donc peut-être de prendre en lui, de recueillir en lui, en en symbolisant quelque chose, les angoisses de chacun, ou enfin d) à la mort elle-même telle que la voyait sans doute arriver on ne peut plus *réellement* ce pensionnaire horrifié – et il faudrait sans doute ajouter, comme dans les mauvais examens de psycho : e) « toutes ces réponses » ; f) « aucune de ces réponses » ; etc. Toujours est-il que les cris de mort et d'effroi ont immédiatement cessé, que les angoisses naissantes autour de la table et dans les assiettes vides se sont vite dissipées, que les discussions animées ont pu reprendre. Quelques instants plus tard, dans le petit brouhaha des tables que l'on débarrassait pour ramener toutes ces assiettes vides à « la plonge », je réalisais que j'y avais moi-même laissé – dans ces mots, ou dans mon assiette vide, ou dans cet accueil-recueil des angoisses, je ne sais pas – ce qu'il restait encore de la « frayeur » avec laquelle j'étais arrivé au Rez-de-chaussée, moins d'une heure plus tôt, pour mon premier souper-dîner à La Borde. Sans doute aussi

quelque chose de cette horreur d'être nouveau, donc, bien que j'allais encore le rester, nouveau, pour plusieurs jours sinon semaines, sûrement pour toute la durée de mon séjour, en fait. J'avais sûrement bien senti aussi que cette horreur d'être nouveau, qui n'est peut-être fond qu'une autre de ces frayeurs narcissiques que l'on éprouve en s'apercevant presque nu dans le regard-miroir de l'autre, était bien peu de chose par rapport à une véritable angoisse de mort, celle éprouvée lorsqu'une pulsion de mort non symbolisée, brute, ressurgit dans le réel, dans toute sa brutalité hallucinatoire : *la mort elle-même*. Je pense l'avoir aperçue moi-même, un instant, dans le regard vide – ou trop plein – et horrifié de ce pensionnaire allongé au sol, tétanisé.

J'ai revu ce pensionnaire à « la plonge » quelques instants plus tard, étonnamment calme, mais encore manifestement « envahi », avec à ses côtés, en silence, la fameuse « troisième personne », ce moniteur qui lui avait parlé au « il » et qui était peut-être apparu comme un *tiers* salvateur entre la mort et lui. Ce moniteur ne disait pas un mot, ne faisait rien non plus, sinon regarder avec le pensionnaire les centaines d'assiettes vides et sales passées sous le lave-vaisselle industriel. Mais tout se passait comme s'il accueillait et portait en lui, et prenait « sur » lui, et donc partageait quelque chose de l'angoisse infinie de pensionnaire, forcément moins infinie, forcément plus contenue et délimitée dès lors qu'elle est partagée. En bon nouveau qui ne sait pas où se mettre devant tant d'angoisses qui fusent de partout et dans toutes les directions, j'ai voulu donner un coup de main pour la vaisselle – fonction qui relève là aussi du Club, et qui est donc partagée entre pensionnaires et moniteurs –, mais la pensionnaire qui opérait le lave-vaisselle, la même qui avait servi les repas un peu plus tôt – m'a fait clairement comprendre par une série de petits gestes « territoriaux » que je nuirais plus qu'autre chose et que je n'étais donc pas le bienvenu dans ce territoire qui était le sien – une autre fois peut-être, peut-être pas non plus, mais certainement pas là. Dommage, car j'éprouvais vaguement moi aussi le besoin de laver un peu de vide. Je me suis placé un peu en retrait, comme pour être invisible, pour écouter le cliquetis des couverts et du vide ; je sentais que la mort rôdait encore dans la plonge, moins massive, plus diffuse et discrète, mais non moins angoissante.

4.3.5 Le troisième lien

Ma première nuit à La Borde, dans ma chambre-dortoir du Château, a été une horreur, une autre. J'aimerais (faire) croire que c'était à cause du froid humide de cette nuit de novembre qui avait envahi la chambre – j'étais congelé –, ou encore du cliquetis sinistre en crescendo du radiateur (« tic, tic, Tic, Tic, TIC, TIC, TIC ») que j'ai dû « mettre à fond » pour essayer – sans succès – de me réchauffer. C'est sûrement en partie le cas. Mais dans les faits, je m'endormais pour être réveillé presque aussitôt au milieu de

mauvais rêves, de cauchemars même, dans lesquels j'étais poursuivi par des poissons volants et des « poulets pas de têtes » agressifs dont j'essayais de me protéger – sans succès là non plus – en lançant des assiettes vides et en criant « *opa, opa* » (comme le font parfois les Grecs lors de leurs grandes fêtes, supposément pour chasser les mauvais esprits), mais les assiettes vides se fracassaient au sol et ne faisaient finalement que couper les « pas de têtes » de poulets²⁹. Je me réveillais donc frigorifié au milieu de fantômes, dont il n'était pas clair si c'étaient les miens ou ceux de La Borde – sans doute un peu les deux –, mais qui dans tous les cas me donnaient de réelles sueurs froides ; décidément, la glace que j'avais voulu briser la veille m'avait bien glacé sinon brisé en retour. La mort, les morts, ou du moins quelques morts-vivant(e)s, ont certainement marqué mes premiers jours et mes premières nuits à La Borde.

Je sentais que mon premier matin à La Borde allait être pour le moins éprouvant. Vers les 9 heures, après une douche rapide et un café au Local avec des stagiaires qui semblaient eux aussi avoir vu la mort de près – mais ce n'était sûrement qu'une projection de ma part sur leur être encore endormi –, je suis sorti du Château avec mon air d'outre-tombe pour me rendre au BCM, pour Bureau de coordination médicale. C'est là, au BCM, qu'ont lieu chaque matin – et chaque après-midi à 17h – les « transmissions », au cours desquelles se réunissent les moniteurs et stagiaires de tous les secteurs pour se partager – se transmettre – les informations utiles au sujet des pensionnaires, de ce qui se passe dans la clinique, ainsi que de la « grille », c'est-à-dire en un mot : l'emploi du temps, les affectations et « fonctions » de chacun dans la journée, pour avoir une idée de qui est où, quand et quoi. Évidemment, je n'allais pas y échapper là encore, une bonne cinquantaine d'yeux se sont tournés vers moi quand on m'a demandé d'entrée de jeu de me présenter – j'avais espéré un instant passer incognito dans ce qui me semblait une foule, mais qui n'en était pas une, d'accord (tout le monde se connaissait, sauf moi). J'ai eu une brève pensée pour les poulets pas de têtes, pour l'horreur sans nom, pour la mort, mais j'ai ensuite réussi à me présenter et à résumer le projet de recherche qui m'avait amené ici. Je pensais avoir vite fait bien fait, toutes choses égales par ailleurs, et considérant la nuit horrible que je venais de passer, mais j'ai aussitôt entendu deux monitrices

²⁹ Dès mon premier matin à La Borde, et tout au long de mon séjour ensuite, j'ai cru devoir noter mes – prolifiques – « rêves labordiens » dans mes notes de terrain, toujours dans cette section « Notes réflexives », que j'ai rebaptisée une fois sur le terrain « Rêves, fantasmes et (contre-)transferts » (cf. aussi *supra* : §4.2.9). C'est une pratique – l'écriture des rêves, de l'« autre scène » – dont j'avais déjà fait une habitude en travaillant à la Maison l'Éclaircie (cf. *supra* : §4.2.7), à Montréal, où l'abondance et l'intérêt de ces « rêves d'Éclaircie », comme les appelait une collègue, ne cessaient jamais de nous étonner. Il ne s'agira pas ici de faire le récit détaillé de ces rêves labordiens, et encore moins leur analyse rigoureuse au sens psychanalytique, mais seulement de souligner comment ils ont pu, à certains moments, teinter quelque chose de mon expérience à La Borde, voire parfois en révéler une dimension essentielle, qui toucherait évidemment à quelque chose de mon fantasme et de mon désir.

glousser de l'autre côté de la table. Mon regard a croisé celui de l'une d'entre elles, qui m'a paru hautain et dédaigneux. J'ai cru un instant qu'elles se moquaient ou s'amusaient de mon accent « canadien » – ce qui allait être récurrent pendant tout mon séjour – et j'ai donc choisi de ne pas m'en formaliser (s'il eût fallu...). Aussitôt la séance de transmissions levée, l'une de ces deux monitrices, celle dont j'avais croisé le regard, est venue vers moi pour s'excuser et s'expliquer : « *Bonne chance pour ta recherche, mais ça m'étonnerait que tu trouves quoi que ce soit ici. Parce que la psychothérapie institutionnelle, ça n'existe plus, il n'en reste que de bribes, et encore, c'est pas si sûr.* » C'était donc de mon projet de recherche, pas de mon accent, dont elles s'amusaient tant en gloussant de l'autre côté de la table – je ne savais pas si je devais être plus ou moins insulté. Ma première réaction en a été une de défense – je m'étais senti attaqué –, en faisant un peu de l'esprit – l'une de mes défenses de prédilection : « *Mais êtes-vous si sûre que la psychothérapie institutionnelle a même déjà existé ?* », lui ai-je demandé en la gratifiant d'un vouvoiement, faisant allusion à Tosquelles (1985 : 123-4) qui répétait souvent que la psychothérapie institutionnelle, comme l'institution elle-même qui en serait le cœur, « *ça n'existe pas* », c'est quelque chose qui reste encore et toujours à (re)faire et à (ré)inventer, dans un processus ou un mouvement permanent dit d'institutionnalisation³⁰ (cf. aussi *supra* : §4.1.7). Elle a semblé saisir sinon mon allusion, du moins sa spiritualité défensive, mais n'en a guère été impressionnée : « *Je préfère t'avertir, ça fait déjà longtemps que c'est mort.* » Par-delà ce qui m'avait paru une moquerie déplacée pendant les transmissions, je pouvais sentir une grande frustration, et surtout une grande désillusion, dans sa voix, dans son regard, dans ses paroles ; par-delà mes défenses spirituelles spontanées, et précisément dans l'esprit de mon projet de recherche dont elle se moquait, j'étais évidemment curieux d'en entendre davantage sur cette désillusion – que je rencontrerai d'ailleurs chez beaucoup de moniteurs tout au long

³⁰ Tosquelles (1985 : 124) voyait d'ailleurs paradoxalement dans cette « inexistence » (objective) de l'institution et de la psychothérapie institutionnelle l'une des meilleures garanties contre sa disparition si souvent annoncée : « C'est pourquoi, quoiqu'il arrive, de ci et de là, je ne pense pas qu'il soit possible qu'on en vienne à la disparition des psychothérapies institutionnelles. Il est vrai que cela [...] se présente par cycles évolutifs et ça présente des crises de diverse catégorie [*sic*]. Leur disparition éventuelle annonce toujours une renaissance quelque part ; bien que les choses qui adviennent là ne soient jamais identiques à celles du passé. » Dans le même esprit, Pouillaude (2014 : 157) écrivait : « L'institution n'est qu'un ensemble de processus : des échanges, des réunions, de la circulation de parole, des mouvements de parole, de l'historicisation, etc. C'est un mouvement permanent, à faire et à refaire continuellement. C'est à partir de là que nous pouvons proposer que l'institution n'existe pas, tout comme la psychothérapie institutionnelle n'existe pas et que c'est précisément ce qui permet d'en faire ! »

de mon séjour à La Borde. Elle m’a proposé de passer en discuter plus tard à la Lingerie, où elle s’était « grillée »³¹ pour l’avant-midi.

N'empêche, ça commençait à faire beaucoup de mort(s) et de fantômes en moins de 24 heures. Et maintenant, voilà, annoncée par ces gloussements, dans lesquels j’entendais en écho les « poulets pas de têtes » qui m’avaient poursuivi pendant la nuit : *la mort de la psychothérapie institutionnelle et (donc) de mon projet de recherche* – dont l’« objet » ne serait finalement lui aussi qu’un fantôme, si tant est qu’il ait même déjà existé. Je commençais à me demander comment j’allais réussir à traverser cette première journée sans y laisser ma peau quelque part, car j’avais certes déjà croisé les poulets, mais pas encore les poissons volants agressifs – dont je me méfiais encore plus, persuadé que ce sont eux, en fait, qui bouffent les têtes des poulets. Une monitrice qui sortait des transmissions en a profité pour me sortir de mes pensées sinistres, me tirant par le coude avec un sourire : « *Tu vas être à l’Extension ? Tu viens à l’Orange Accueil ?* » C’était effectivement le secteur qui m’avait été assigné la veille par la « ComStage » (Commission des stages) – pour le volet « participant » de cette recherche-fantôme –, tous les stagiaires, comme les moniteurs d’ailleurs, se voyant assignés à l’un des cinq secteurs de La Borde (Rez-de-Chaussée, Extension, Parc, Pilotis, Haut-Bois) où ils seront particulièrement investis, par exemple pour les SAM du matin, ce qui favorise notamment des relations transférentielles plus soutenues et continues, et donc plus travaillées aussi, avec les pensionnaires.

L’Extension, donc, j’allais y passer un nombre incalculable d’heures dans les semaines suivantes, j’allais en connaître les moindres recoins souvent poussiéreux. Située tout juste derrière le BCM – on passe de l’une à l’autre en une petite enjambée –, dans un petit complexe de bâtiments qui apparaissent comme des « dépendances » historiques du Château, à une cinquantaine mètres au nord-est de celui-ci (cf. la carte, *infra* : figure 4.4), elle est un immeuble tout en longueur, de plain-pied – sans étage, sauf au niveau de l’Horloge, au sud-ouest, où quelques chambres ont été aménagées au premier. À l’intérieur, il s’agit

³¹ L’expression labordienne « se griller » vient de la « Grille », une instance importante à La Borde, mais aujourd’hui menacée, par laquelle s’(auto-)organise le travail et l’emploi du temps des moniteurs et stagiaires dans la clinique. Comme la Grille se veut une méthode d’« auto-gestion » et d’auto-organisation du travail par les moniteurs, « se griller » signifie donc s’auto-affecter à une tâche, à une fonction, à un atelier, etc. (par exemple, « se griller » au SAM, à la cuisine, ou ici à la lingerie). Concrètement, il s’agit d’indiquer son nom sur de grandes feuilles (une par secteur) qui se trouvent au Bureau de coordination médicale (BCM), ce que je ferai moi-même régulièrement – une fois par semaine – pendant mon séjour à La Borde. On recroisera inévitablement la Grille dans la suite de cette recherche, tellement elle est structurante dans la vie quotidienne et institutionnelle de la clinique.

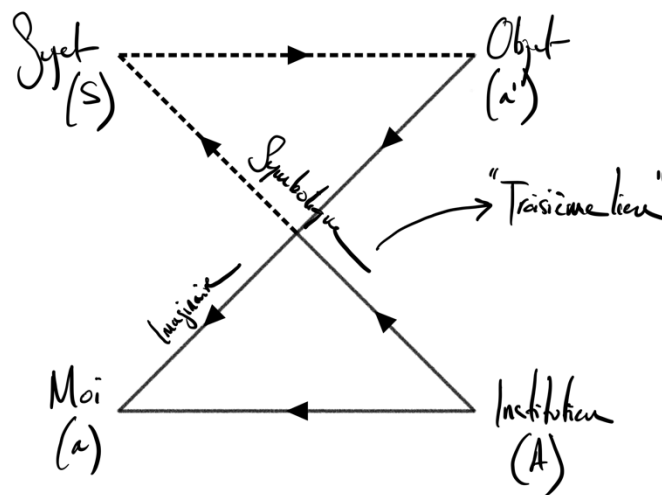
essentiellement d'un long corridor nord-sud qui dessine une forme de « J », bordé de chaque côté par les chambres des pensionnaires – une vingtaine en tout –, qui permet d'accéder, à peu près au milieu du bâtiment, d'abord à la pharmacie de la clinique et, juste à côté, à une grande pièce ouverte qui sert d'espace commun pour le secteur, et notamment de salle à manger lors des repas – les pensionnaires pouvant choisir de manger ici³² ou au Château. C'est donc là aussi qu'a lieu chaque matin l'Orange Accueil de l'Extension ; c'est là que je me vois tiré par le sourire de cette monitrice en ce matin gris de novembre. Orange Accueil qui portera bien son nom ce jour-là ; de nombreux pensionnaires et moniteurs étaient déjà réunis autour de la table, écoutant de la musique et chantant – Aznavour si je me souviens bien –, attendant l'arrivée du café et du jus, que je suis finalement allé chercher au Château avec un pensionnaire, ce même pensionnaire féru de littérature avec qui je partagerai la scène le soir de la Saint-Sylvestre pour lire Pessoa et son *Ode Maritime* – je ne le savais pas encore, mais c'était le début d'une brève mais intense relation transférentielle. Les pensionnaires arrivent à l'Orange Accueil en ordre dispersé – la réunion n'a rien d'obligatoire –, vont et (re)viennent pour prendre un jus ou leur traitement (médication) en libre-service sur la table, s'intriguent parfois de ma présence – plusieurs semblent ravis que le « Québécois nouveau » atterrisse dans leur secteur. L'une des monitrices – il y en a trois ou quatre à l'Orange Accueil ce matin-là, qui resteront ensuite pour le SAM – me lance d'ailleurs un clin d'œil par-dessus la table : « *Toi, Louis, es-tu pour ou contre le "troisième lien" ?* » Question inattendue, qui pourrait être insignifiante tellement elle est allusive dans le contexte où l'on se trouve – sorte de blague d'initiés, en somme –, mais je la reçois pourtant – sans d'ailleurs y répondre, sauf d'un sourire – comme une parole réellement accueillante, comme si elle accueille le Québec entier avec moi (et en moi) autour de la table, comme si elle fait *lien* justement, une sorte de pont-tunnel qui fait passer quelque chose d'un côté à l'autre non seulement de la table, mais aussi de l'Atlantique³³. Elle ouvre d'ailleurs immédiatement toute une

³² L'espace-temps des repas à l'Extension a été institutionnalisé sous le nom-signifiant « George V », en référence au célèbre restaurant parisien. Ce ne sont toutefois pas tous les secteurs qui proposent ces espace-temps de repas ; au moment de notre passage à La Borde, outre l'Extension, seul le Parc en organisait, sous le nom-signifiant du « Ritz », auquel j'ai été invité plusieurs fois par des pensionnaires pendant mon séjour. Il est donc courant de dire ou d'entendre « je vais manger au George V » (ou au Ritz), ce qui ne signifie donc pas que la personne s'en va manger à Paris... Le repas servi au George V et au Ritz est le même qu'au Château, où il faut d'ailleurs aller le chercher (ce sont là des questions quotidiennes : « Qui va s'occuper du George V ? »)... Certains pensionnaires préfèrent souvent manger au George V ou au Ritz afin d'éviter ce qui peut être une épreuve angoissante et étourdissante, à savoir d'« affronter » la centaine de personnes réunies au Château pour manger. Au Ritz et au George V, ils ne sont généralement qu'une dizaine à partager le repas.

³³ Le « troisième lien » est un projet très controversé de tunnel routier visant à relier les deux rives du fleuve Saint-Laurent entre les villes de Québec (la capitale du Québec, sur la rive nord) et de Lévis (sur la rive sud). La controverse entourant le projet avait atteint son apogée au début des années 2020 – lorsque j'étais à La Borde

discussion avec les pensionnaires, moniteurs et stagiaires sur le Québec, la politique, le Saint-Laurent (et la Loire)... et voilà qu'en quelques minutes à peine, je sens déjà que j'inscris quelque chose de ce que « je » suis et d'où je viens dans le paysage de cet Orange Accueil, peut-être même de l'Extension – même si là encore, j'allais vite le comprendre, ce serait à recommencer tous les jours. Le « troisième lien », ai-je pensé plus tard en écrivant mes notes de terrain, il faudrait en faire plutôt un concept psychanalytique et institutionnel, par exemple pour rendre compte, peut-être en s'inspirant du fameux « schéma L » de Lacan (1978), qu'il faudrait alors rebaptiser « 3L », de ce lien du sujet (\$) à ce « tiers » symbolique que peut être l'Institution (A) par rapport aux relations imaginaires et duelles (a, a') dans lesquelles il est souvent pris.

Figure 4.2 – Le troisième lien



Ce serait à travailler, certes, mais c'est peut-être là que le « troisième lien » serait finalement le plus utile, permettant en outre de résumer une certaine logique du soin dans la psychothérapie institutionnelle, qui passe incontestablement par la symbolisation et l'institutionnalisation, par la production de signifiants et de discours dont l'Institution (A) peut certainement apparaître comme le « trésor » (Lacan, 1975a). Alors, oui, je serai favorable au troisième lien.

J'avais déjà informé l'Orange Accueil que j'allais partir vers les 10 heures pour aller à la rencontre de mon « poisson-pilote » au Château, mais on m'a invité et incité, avant de partir, à lire la « feuille de jour », ce

–, après que le gouvernement du Québec se fut engagé à commencer la construction avant le début de l'année 2022. À ce jour, en 2024, la construction n'est toujours pas commencée et le projet demeure fortement contesté, y compris par la majorité des « experts ».

que j'ai fait avec une pensionnaire assise à côté de moi, que l'exercice a beaucoup amusée, car je ne connaissais pratiquement rien de ce que cette feuille annonçait par toutes sortes d'expressions bizarres et drôles – les voici, les signifiants. La « feuille de jour », c'est cette grande feuille format A3 produite tous les jours par le secrétariat du Club, distribuée dans tous les secteurs et lieux de la clinique, et dont on fait la lecture plus ou moins formelle et ritualisée – souvent moins que plus –, en groupe, dans les Oranges Accueils : elle recense – « recueille » – l'ensemble des ateliers, réunions et activités du Club qui doivent avoir lieu au cours de la journée dans la clinique (ou à l'extérieur lorsqu'il s'agit de sorties) et auxquelles sont conviés aussi bien moniteurs que pensionnaires et stagiaires, mais aussi le menu des repas, ainsi que toute information pertinente pour s'orienter dans le temps et l'espace institutionnels de la journée³⁴. C'est bien le sens premier de cette feuille de jour que de fournir des repères spatio-temporels et institutionnels qui vont permettre à des personnes qui souvent peinent à en trouver ou à s'en donner – c'est manifeste dans la psychose – de s'inscrire symboliquement dans l'institution « *selon leurs envies et leurs possibilités* » du moment, pour reprendre l'expression d'une (autre) monitrice de l'Extension que j'ai beaucoup aimée, c'est-à-dire : selon leur singularité et leur désir. À cet égard, la feuille de jour, qui existe depuis les années 1980 à La Borde – initiative d'une monitrice –, fournit donc aussi une sorte de « garantie » (du) symbolique, « c'est presque un symbole de quelque chose qui permet qu'il y ait des signes » (Oury, 1998a : 141), des signifiants, du discours, de l'institution, et donc aussi de l'accueil et du recueil. On pourra dire, en somme, qu'elle produit du *troisième lien*.

³⁴ Il faut toutefois dire que la feuille de jour, produite par des pensionnaires et moniteurs au Secrétariat du Club, est presque toujours « rigoureusement inexacte », omettant toujours des activités ou des informations utiles, en inscrivant d'autres qui sont obsolètes ou erronées. C'est peut-être, paradoxalement, par ses omissions et inexactitudes – dans lesquelles on pourra voir une sorte de *manque* – qu'elle remplit le mieux sa fonction d'inscription symbolique, car elle engage alors toutes sortes de discussions entre pensionnaires et moniteurs, à l'Orange Accueil et ailleurs, sur la vie institutionnelle de la clinique... comme si le manque pouvait être ici la « cause » d'un désir (ce qui ne vaudra évidemment pas seulement pour la feuille de jour). Clara Novaes (2023 : 61-3) le souligne beaucoup mieux que moi dans son article déjà cité :

« Notre célèbre et incontournable "feuille de jour" [...] essaye justement de "rassembler" ce qui se passe dans le temps et dans l'espace à un moment où tout semble particulièrement fragile, encore "entre" le brouillard de la nuit et la promesse d'une nouvelle journée qui s'esquisse, qui cherche à recommencer. On partage ça, l'épreuve de se lancer dans une nouvelle journée, reconnaissant que ça ne va pas de soi de recommencer une journée. [...] La feuille de jour [...] engage des digressions, des rappels, des conversations : qui l'a faite hier ? J'ai vu untel la distribuer en tout cas... D'autant qu'elle n'est heureusement pas exacte, mais pleine d'ouverture pour qu'on ait à préciser, à rajouter un truc, à évoquer une absence ou un retour, à confirmer une présence, ou pour qu'on renvoie à un deuxième espace [...]. Un espace toujours à reprendre, à recommencer... à retravailler, à inventer, à articuler avec le Club, à machiner entre les différents outils thérapeutiques sur lesquels on peut s'appuyer. On partage le recommencement du monde et c'est parfois pénible, c'est parfois poétique, on "partage l'épreuve". »

Figure 4.3 – Feuille de jour

☆ VENDREDI 19 NOVEMBRE 2021 ☆

 VOTE POUR LE THÈME DE
NOËL !! (à la réunion
d'accueil)
& DÉJEUNER JARDIN

- | | | | |
|-----------|--|-------|---|
| 7h - 9h | pluie cuisine + petit déj. | 14h30 | réunion entretien
(Cafétéria) |
| 9h30 | accueil SAM | 16h | réunion d'accueil * |
| 9h30 | réunion ambiance | | (vote thème NOËL) |
| 10h30 | caisse de dépôt | 17h | BAR À L'EAU |
| 10h à 13h | pieds & mains dans l'eau | 18h30 | mise des tables |
| 10h30 | GAP réunion | 19h | REPAS + plonge |
| 10h à 11h | PRÉPARATION de l'AG
du CLUB! (7/12) | | ↳ potage, wings, 
↳ ratatouille, fromage, 
↳ fruits  |
| 11h | réunion « Addicto » (Rotonde) | 20h30 | BAR À THÉ! |
| 11h | TABAC = | | (crêpes et jeux de
société) ♦♦♦♦ |
| 11h30 | mise des tables | 20h30 | ... cinéma les 3 clefs ... |
| 11h-12h | GAP salle des colonnes | | |
| 12h | DÉJEUNER JARDIN ... ENTRE DEUX | | |
| 13h45 | PLONGE & RANGEMENT | | |
| 14h | feuille de jour et permanence
CLUB | | |
| 14h | J'Y GO (marche) | | |
| 14h-17h | bibliothèque (chapelle) | | |
| 14h30 | Atelier lecture « autour de » (?) | | |

MENU
DÉJEUNER JARDIN

- curry crevettes, courges et lait de coco
- fromage, salade 
- sorbet framboises
- son cookie citron basilic

4.3.6 Lady Gaga (lingistique de l'espace)

À dix heures pétantes – car il faut être ponctuel quand on est nouveau, quand même... –, j'étais devant le Château pour rencontrer celui qui devait être mon poisson-pilote et donc me faire visiter la clinique. Mais je m'y suis retrouvé bien seul, sans le moindre poisson à l'horizon, me contentant de saluer de la tête les nombreuses personnes qui, à cette heure, passe par ou devant l'entrée principale du Château, s'affairant dans toutes les directions avec des charriots et des plateaux. L'une d'elles, que j'avais croisée plus tôt aux transmissions, m'a finalement demandé ce que je faisais là à attendre comme ça (« comme un con », semblait-elle sous-entendre avec raison – c'est peut-être même ce qui résumera le mieux mes premiers jours à La Borde), me suggérant d'aller à la rencontre de ce poisson-pilote – « *tu devrais le trouver au Parc* » – plutôt que d'attendre (comme un con) qu'il vienne à moi (cf. aussi *infra* : §4.3.8).

Le Parc, l'un des cinq secteurs de La Borde, donc, à quelques pas du Château, juste au nord. Bâtiment en « L », comme un schéma lacanien, comptant une vingtaine de chambres réparties sur deux étages, le long de couloirs assez ternes, on y accède par une belle entrée « végétale » – entourée d'arbres bas, recouverte de treillis qui lui donnent un aspect intimiste et accueillant, qui a toujours évoqué pour moi quelque chose de l'Asie ; on arrive presque au Parc comme on arrive dans une pagode du Viet Nam, ai-je souvent pensé. Juste à gauche en entrant, par un premier couloir, on accède à l'infirmerie du secteur, puis à son espace commun – une grande pièce double en longueur, chaleureuse, avec des tables et des banquettes – qui servent notamment pour les repas du Ritz –, des étagères, un fauteuil et un canapé, un grand écran de télévision utilisé entre autres pour le « Cinéma les 3 clefs »³⁵, tous les soirs à 20h30. C'est là que je trouve mon poisson-pilote, de toute évidence pas encore tout à fait réveillé, assis à la table pour un Orange Accueil qui n'est pas encore terminé, et qui se confond en excuses en m'apercevant – il m'expliquera que les matins sont souvent difficiles pour lui. Je me suis assis à côté de lui alors qu'il me présentait aux pensionnaires et moniteurs présents ; on s'apprêtait à lire la feuille de jour, de manière beaucoup plus formelle qu'à l'Extension quelques minutes plus tôt, à un point tel où j'ai eu l'impression que ce n'était pas la « même » feuille de jour – j'ai même dû vérifier par-dessus l'épaule de mon poisson-pilote qu'on ne se trompait pas. Et c'est aussi là que j'ai été invité pour la première fois à manger au Ritz – c'était plus une convocation qu'une invitation, en fait, pour 19h le soir même.

³⁵ Du nom d'un ancien cinéma de Blois, qui comptait trois salles, et qui a fermé ses portes en 2001.

Après avoir fumé une cigarette dans l'entrée « asiatique » enveloppée par le brouillard de novembre, mon poisson-pilote m'a amené de son air endormi vers le Château, où nous devions initialement nous rencontrer presque une heure plus tôt, pour commencer la visite de la clinique. Nous sommes entrés par l'une des portes secondaires – il y en a quatre ou cinq autour du Château – qui mène directement, par un petit escalier, à la grande cuisine de la clinique, vaste salle aux plafonds infiniment hauts, où plusieurs personnes – cuisiniers mais aussi pensionnaires et moniteurs – étaient à pied d'œuvre, ce matin-là, comme tous les matins, pour la préparation du déjeuner. Puis nous avons traversé les cinq salles principales et communicantes du Rez-de-chaussée, celles-là mêmes que j'avais arpentées la veille à la recherche désespérée d'un regard ou d'un signe d'accueil, jusqu'aux Petit et Grand Salons, côté sud, où une file impatiente avait commencé à se former en vue du « Tabac », géré par le Club, qui a lieu du lundi au samedi à 11h au Grand Salon. Ce Rez-de-chaussée, je finirai par le connaître dans ses moindres recoins dans les semaines suivantes, non seulement pour y avoir mangé tous les jours – souvent plusieurs fois par jour –, pour y avoir participé à d'innombrables réunions et activités – dont le Tabac et le Bar –, mais aussi et surtout pour avoir activement participé, à partir du début décembre, à sa décoration, dans ses moindres recoins, en vue des fêtes de fin d'année.

Par le grand escalier central du Château, en colimaçon, nous sommes ensuite passés au « premier » (étage), principalement dédié à l'hôpital de jour ; s'y trouvent quelques bureaux de médecins, une grande salle de conférence aux allures étonnamment modernes – mais le plus souvent déserte –, côté sud, une plus petite salle de réunion, côté nord, où déjeunent souvent les personnes – patients et moniteurs – de l'hôpital de jour (j'y serai invité à quelques reprises pendant mon séjour), où je me réfugierai aussi parfois, le soir, pour écrire mes notes de terrain. C'est aussi au premier étage du Château que se trouve le Secrétariat du Club, une petite salle encombrée et conviviale où je passerai régulièrement dans les semaines suivantes – elle a son importance dans la vie du Club et donc de toute la clinique –, que ce soit pour faire des photocopies ou pour faire la feuille de jour en après-midi (il y a une « permanence » à partir de 14h), pour accompagner un pensionnaire qui souhaite « aller sur internet » (un ordinateur « connecté » s'y trouve), ou encore pour participer à la comptabilité du Club, le jeudi, peut-être plus à titre d'observateur-chercheur que de participant (ou en tout cas que de comptable !). Nous sommes redescendus par le grand escalier en colimaçon et sommes ressortis par une autre porte secondaire qui mène discrètement à l'arrière du Château – un derrière qui, m'expliquera-t-on plus tard, était en fait, historiquement, le *devant* du Château, à l'époque où celui-ci était encore la propriété d'aristocrates français.

Devant derrière, nord sud est ouest, gauche droite, en haut en bas, et par-ci par-là... On aura tout intérêt, pour suivre cette visite guidée par le poisson-pilote, et pour suivre les trajets que j'allais moi-même commencer à emprunter dans la clinique, à se référer aux cartes des pages suivantes, lesquelles ne sont peut-être pas exactement « à l'échelle » – sinon à l'échelle d'un fantasme –, mais ont néanmoins été coconstruites et « validées » avec ce poisson-pilote. Je prenais d'ailleurs conscience, au fur et à mesure que se déroulait cette visite – qui a duré plus d'une heure, interrompue seulement par la cloche qui annonçait le premier service du déjeuner –, que je visitais en fait *sa* clinique, la clinique *de ce poisson-pilote*, de ce pensionnaire, telle qu'il la voyait et la « fantasmait » et donc la *vivait* depuis de nombreuses années, les lieux qu'il investissait et parfois « surinvestissait », forcément au détriment d'autres... Et « sa » clinique, par un jeu de transfert mais aussi de hasard plus ou moins forcé, plus ou moins programmé, allait devenir au moins en partie « ma » clinique, la clinique telle que j'allais moi-même l'expérimenter et la vivre dans les semaines suivantes.

Le derrière du devant, donc, qui était jadis le devant du derrière : on sort sur un grand « parc » arboré à la pelouse verdoyante – même en hiver – avec, de droite à gauche, du nord au sud, de 3 heures à 9 heures, le pavillon du Parc qui montre ses fesses, puis, à une centaine de mètres devant, des terrains de sport – notamment de basketball –, peu utilisés en novembre, la mare ou l'étang – aussi appelée plus prosaïquement « réserve d'eau » –, la garderie que l'on perçoit au loin entre les arbres, le long chemin de terre qui y mène, et finalement, à gauche, plein sud, la chapelle, qui abrite la bibliothèque, où une permanence est assurée tous les jours en après-midi, de 14h à 17h. Après un bref passage à la garderie, qui accueille principalement les enfants des moniteurs dans un lieu presque idyllique, sous les arbres, avec vue sur l'étang, en retrait de l'agitation parfois étourdissante de la clinique ; après avoir deviné entre les arbres l'ancienne et mystérieuse maison du docteur Oury, aujourd'hui habitée par des membres de sa famille toujours propriétaires de la clinique ; après s'être buté aux portes closes de la chapelle-bibliothèque (j'y reviendrai dans l'après-midi pour y découvrir un magnifique petit capharnaüm, sombre et poussiéreux, sorte de caverne voûtée débordante de livres et qui se prête à tous les fantasmes bibliophiles) ; nous avons longé le petit chemin où sont stationnées les « chauffes » gérées par le Club – quatre ou cinq fourgonnettes pouvant accueillir chacune de huit à dix passagers – pour déboucher, par un petit passage qui se faufile entre les bâtiments-ateliers de l'entretien, dans le grand jardin et les écuries de la clinique. Au loin, deux chevaux paissent dans un grand enclos ; l'un d'eux, Danube, sera très malade dans les semaines suivantes et finira par mourir au début décembre.

A hand-drawn map of a village layout, likely a school project. The map features a central area with various buildings and landmarks, surrounded by green spaces and roads. Key elements include:

- Top Left:** "Route vers Bois (D77)" with an arrow pointing left.
- Top Center:** "Entrée principale" with an arrow pointing down.
- Top Right:** A compass rose showing North (N), South (S), East (E), and West (O).
- Center:** A large red-outlined area labeled "Bois". To its right is a "Salle de spectacle" and a "Tribune d'observation Coats 193!". Below these are "Stationsnement" and "Stationsnement" labels.
- Left Side:** "Haut(s) Bois" (orange-outlined), "Nécessaire médical", "Chemin de 'mém'", "Terrain de sports", "Mare/étang", "Gardienn", "Château/RDC", "Chapelle/bibliothèque", and "Maison de Ouy (des propriétaires)".
- Bottom Left:** "Chemin (lignes de file)" and "Chemin (lignes de file) vers les champs" with arrows.
- Bottom Center:** "Journal", "Jardin", "Ecole", "Charles", "Salle de dépôt", "Bureau administratif (BA)", "Bureau de Ouy/Alde", "Rétro", "Chez Rodit", "207", "BCM", "Extension", "Anciens 'Bois'", "Hors", "Salle de jeu de l'an", "Gardienn", "Chapelle/bibliothèque", and "Maison de Ouy (des propriétaires)".
- Bottom Right:** "George II", "Pharmacie", "Polier", "Lingère (et lingistique)", "Pole", "Famille à part", "Hameau ancien de Marie Digne", and "Endos des chevaux".

Figure 4.5 – Carte du Château (Rez-de-chaussée)

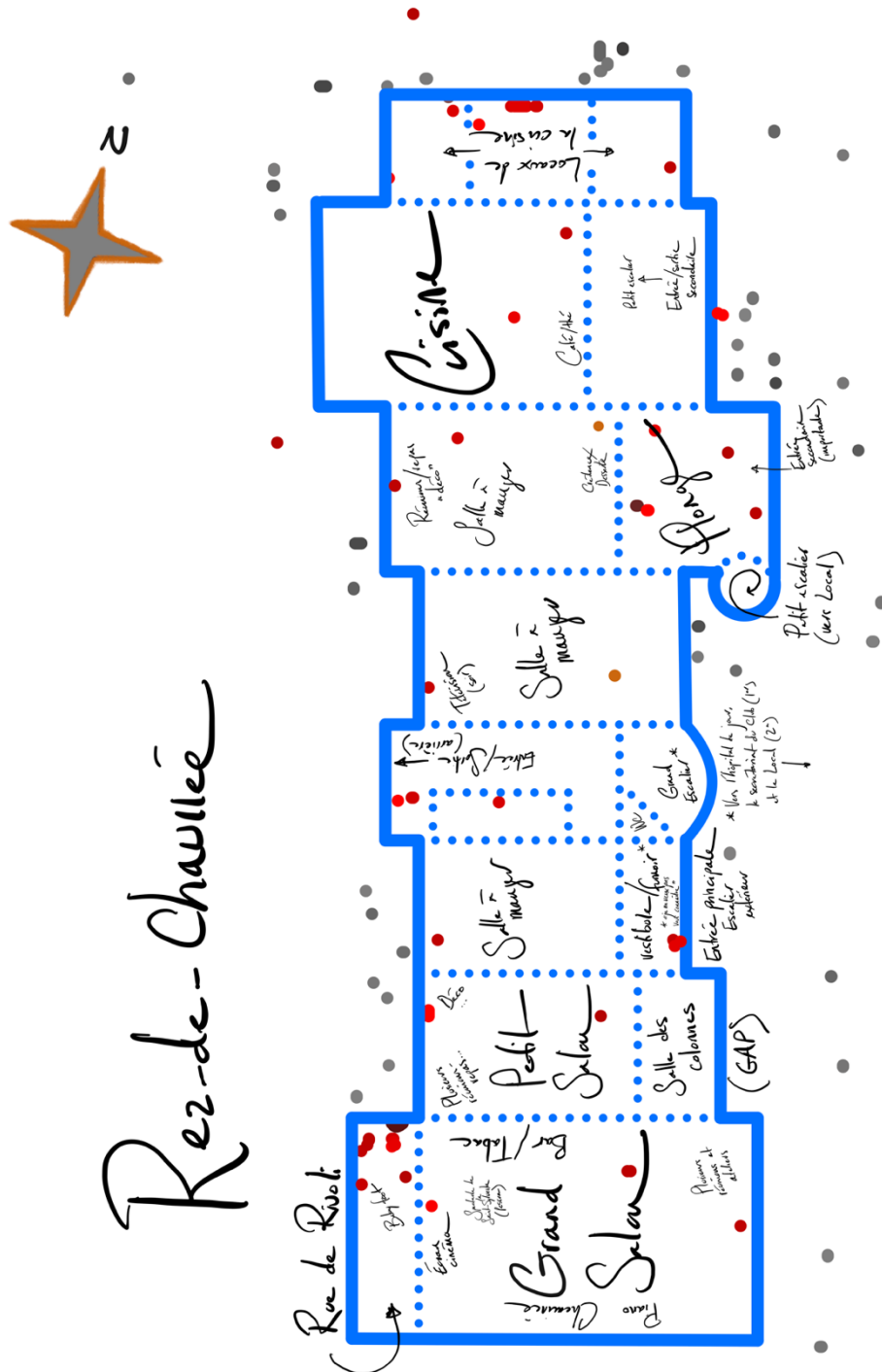
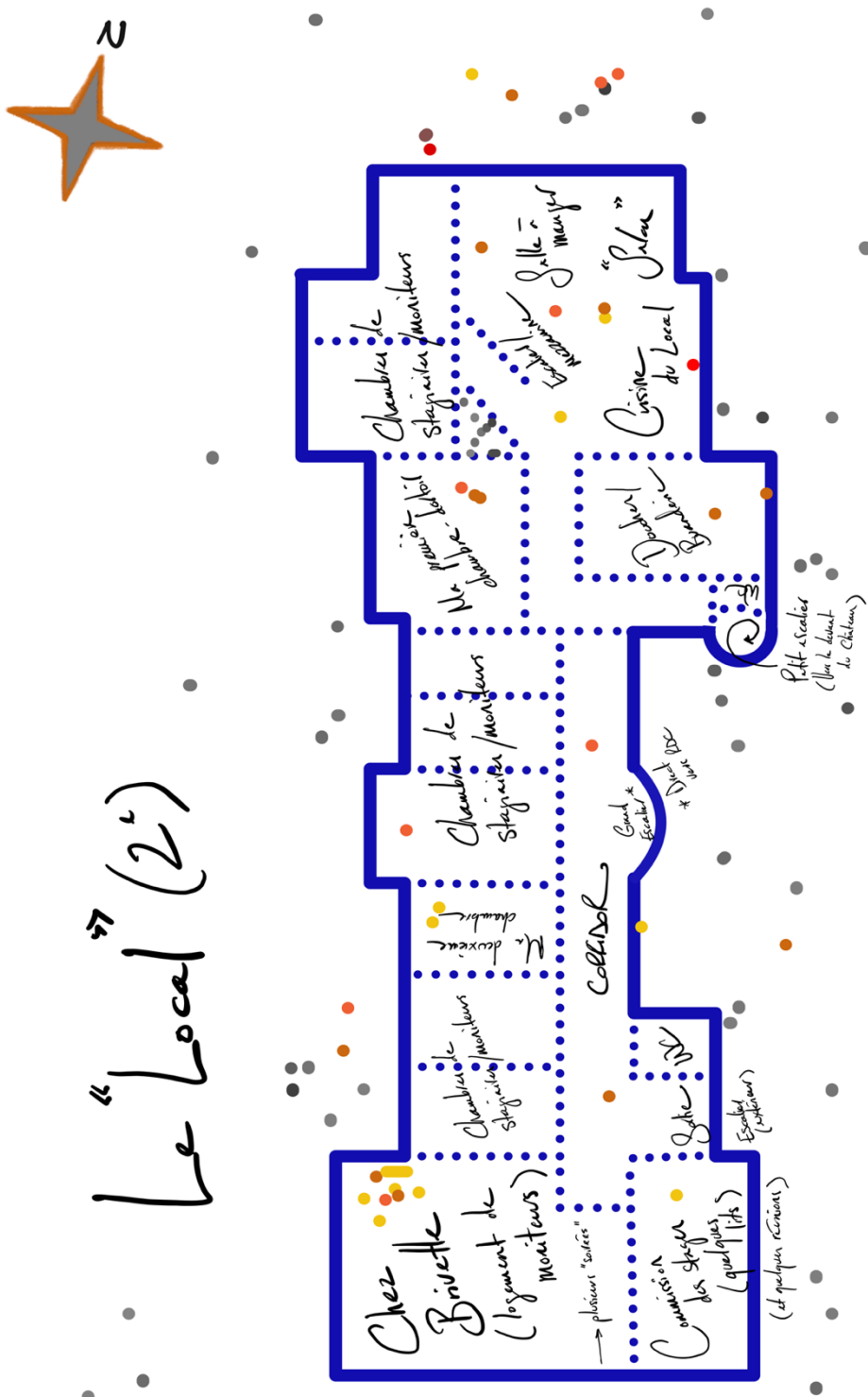


Figure 4.6 – Carte du Château (2e étage / Local)



Le jardin et les (soins des) chevaux, comme la bibliothèque, comme les chauffes, ce sont bien sûr aussi et d'abord des *ateliers* du Club, desquels sont donc responsables pensionnaires et moniteurs, auxquels je participerai moi-même dans les semaines suivantes – et si le jardin allait bientôt être hiverné, il ne fournira pas moins, notamment de ses courges, un délicieux dernier repas quelques jours après mon arrivée. *Comme la poterie*, aussi, dont le local discret est situé juste à côté du jardin, et qui dispose de ses propres fours – dont un pour le *raku*³⁶ – qui sont allumés les lundis et mercredis en après-midi, et dont certains de ses innombrables produits – des œuvres – sont mis en vente par le Club lors de marchés, comme celui de Noël qui aura lieu à la clinique en décembre. *Comme le fournil à pain*, juste derrière la poterie, que mon poisson-pilote me montre fièrement en m'invitant à y revenir avec lui dimanche matin pour participer à l'atelier – dont les produits panaires et parfois délicieusement briochés sont ensuite vendus au Bar, qui a lieu à 15h30 au Grand Salon, comme tous les jours. *Comme le poulailler*, que l'on découvrira plus loin en s'enfonçant dans la forêt déjà dense, à l'extrême est de la clinique, et qui a lui aussi sa « journée », le mercredi, consacrée à son entretien et entrecoupée d'un grand déjeuner champêtre. *Comme le journal*, enfin, situé dans un minuscule local d'un grand bâtiment, qui cache l'atelier de poterie lorsqu'on arrive du Château, où sont produites chaque semaine *Les nouvelles labordiennes*, distribuées (et vendues 40 centimes d'euro) partout dans la clinique le vendredi – un hebdomadaire qui peut apparaître comme un « organe » du Club et qui a donc une grande importance dans toute la vie institutionnelle de la clinique. Mon poisson-pilote m'invite à entrer dans le local pour y proposer l'entrevue qu'il compte faire avec moi après le déjeuner ; nous y trouvons, à l'ordinateur, la monitrice qui m'avait tiré plus tôt de son sourire à l'Orange Accueil de l'Extension, accompagnée d'un pensionnaire qui lui dicte son article de la semaine. De sa voix rauque de fumeuse qui a peut-être fumé trop de « rouleuses » la veille, elle nous informe que le numéro de la semaine est malheureusement déjà bouclé, mais qu'il devrait être possible de publier l'entrevue la semaine suivante (elle le sera en effet dans le numéro 944 (!) du 26 novembre 2021 – cf. annexe D) en la soumettant au comité de rédaction, qui se réunit le mardi matin au Grand Salon.

Dans le même bâtiment que le journal se trouve aussi, juste derrière, la Serre, une grande pièce vitrée et donc lumineuse, souvent très calme en laissant deviner le jardin juste à côté ; le lieu est apprécié de certains pensionnaires, stagiaires et moniteurs qui souhaitent passer un moment seul(s) ou en petit groupe, en retrait de l'agitation du reste de la clinique, d'autant plus qu'il s'agit de l'un des quelques rares endroits où il est possible (toléré) de fumer à l'intérieur. Quelques ateliers se déroulent aussi à la Serre,

³⁶ Technique ancestrale japonaise de fabrication et d'émaillage par cuisson rapide mise au point au 16^e siècle. *Raku* est l'abréviation de *raku-yaki* (楽焼), qui signifie littéralement « cuisson heureuse ».

comme la Papoterie, portée par un patient de l'hôpital de jour particulièrement investi au Club – atelier auquel je participerai quelques fois, le mercredi après-midi, et qui consiste non seulement à « ne pas faire de la poterie » (*pas-poterie*), comme on le dira à la blague, mais aussi et surtout à *papoter*, à bavarder sur un ou des sujets plus ou moins définis – nous aurons par exemple une belle et longue papoterie sur l'argent, un après-midi de décembre. Toujours dans le même grand bâtiment, juste à l'est de la Serre, se trouve aussi le local de l'atelier Toutankouleur, l'un des populaires ateliers d'art de La Borde qui a lieu les lundis et les jeudis en après-midi, et qui se consacrait pendant mon séjour à « *faire des choses jolies pour les fêtes* », disait une pensionnaire, dont certaines de ces choses jolies – des signets, des carnets, etc. – allaient être mises en vente au marché de Noël, toujours au « profit » du Club.

Enfin, tout au bout de ce long bâtiment, à l'est, devant la Poterie, se trouve la Lingerie de la clinique, pièce lumineuse et spacieuse, avec une mezzanine même, où l'on apporte le matin le linge sale – dans le cadre du S.A.M., et plus particulièrement de son « M » comme ménage (cf. *supra* : §4.3.3) –, où l'on vient chercher, avec de petits charriots (cham)branlants, le linge qui a été lavé la veille. Ce matin-là, j'y retrouve bien sûr cette monitrice qui, aux transmissions, m'avait annoncé brutalement la mort de la psychothérapie institutionnelle et donc de mon projet de recherche ; elle semble maintenant de bien meilleure humeur, accompagnée de deux pensionnaires dans l'ambiance chaleureuse de la Lingerie qui vibre au rythme d'une *pop* américaine dansante, plus précisément d'une Lady Gaga, « *ooh la la* », me dit-on – Gaga que je ne connaissais pratiquement pas avant d'arriver à La Borde, sauf de nom, mais qui me (pour)suivra pendant tout mon séjour à la clinique (et même bien après, bien au-delà), au Local, dans les fêtes, dans les chauffes, et jusqu'aux confins des campagnes de Sologne... Je ne peux m'empêcher de lui faire remarquer – à la monitrice, bien sûr, pas à Lady Gaga, bien que ce surnom lui ira à merveille... – qu'« *on pourrait presque croire à une renaissance de la psychothérapie institutionnelle* », ici, maintenant – et ce ne serait peut-être pas si surprenant que ça passe d'abord par la Lingerie, où Oury (1986) aimait rappeler qu'il se faisait toujours beaucoup plus que de la lessive, qu'il se faisait même ce qu'on appelait à une époque de la « *lingistique* »³⁷ ! Mais Lady Gaga n'a pas bronché, elle m'a fait un long laïus sur ladite mort où il était question de fonctions – comme la lingerie, justement –, de la grille, de normes, de statuts, de toutes ces

³⁷ Dans un vieux texte dactylographié de 1987 qui circulait au Local, entre stagiaires et moniteurs, pendant mon séjour, Guattari (1998 : 11) écrivait : « Oury [...] avait inventé le terme de "lingistique", comme si le travail de la lingerie était devenu assimilable à celui d'une linguistique locale. [...] On disait : "Vous n'êtes pas à la lingerie, vous faites de la lingistique, et, cependant, vous n'en faites pas moins de la lingerie." Cela signifie que vous êtes dans une structure qui peut prendre une grande importance psychologique, au même titre que le rapport du linge à la vie humaine [...]. On retrouve les mêmes thèmes à propos de la cuisine, de l'entretien, etc. ».

infirmières et de ces femmes de ménage que l'on embauche depuis quelques années. Je n'ai pas pu tout noter (ni tout comprendre), et mon poisson-pilote commençait à trépigner à côté de moi, mais je me suis souvenu de la conclusion : « *Bientôt ce seront les femmes de ménage qui seront ici pour faire la lessive, comme elles sont déjà dans certains secteurs [de La Borde] pour faire le ménage, et alors tu peux être sûr que ce sera la fin de la psychothérapie institutionnelle. C'est déjà trop tard, en fait, c'est irréversible, on ne fait que prolonger l'agonie.* » Finalement, je l'aimais bien, Lady Gaga, avec son pessimisme tranché qui semblait toujours proche de basculer dans le nihilisme, mais dans lequel je soupçonnais quand même quelque chose comme un *bluff*, voire un jeu de séduction.

*Love game intuition, play the cards with spades to start
And after he's been hooked, I'll play the one that's on his heart [...]
Po-po-poker face [...]*

— Lady Gaga, *Poker Face* (2008)

Mais j'ai vite compris, dans les jours suivants, que ce n'était pas que du *bluff*, tellement j'entendrais partout ce discours, chez beaucoup de moniteurs surtout, chez certains pensionnaires aussi. Le problème, de l'avis de plusieurs, ce ne sont évidemment pas les « femmes de ménage » en elles-mêmes, en tant que personnes, mais plutôt leur embauche, par la spécialisation et le cloisonnement qu'elle entraîne, qui évacue alors la *fonction soignante* que devrait avoir le ménage, la lessive, la lingerie dans la psychothérapie institutionnelle. Le problème, ce serait donc aussi le rapport de classes (et de genre ?) qu'elle recrée à l'intérieur de l'institution et qui ne peut que (re)produire de l'aliénation, non seulement chez ladite femme de ménage, mais aussi chez tous les autres, moniteurs et pensionnaires, qui « aliènent » en elle cette fonction ménage. Un moniteur expérimenté, que j'en suis venu à beaucoup respecter, sinon à admirer – celui-là qui était venu à la rescousse du pensionnaire qui était poursuivi par la mort, la veille, au Petit Salon –, l'a bien résumé un jour, lors d'une réunion de la Commission des stages : « *C'est l'une des questions fondamentales de la psychothérapie institutionnelle, que l'on se pose, que l'on devrait se poser chaque jour, dans la mesure où elle touche justement à l'organisation de la vie quotidienne : qui va faire les tâches ingrates ? qui va faire les tâches que personne ne veut faire ? qui va laver la chiotte ?* » La réponse de la psychothérapie institutionnelle depuis Saint-Alban a toujours été sans équivoque : *le Club*, c'est-à-dire *tout le monde*, moniteurs et pensionnaires, sans distinction de statut (ou de classe...). « Sans équivoque », d'accord, c'est sûrement exagéré, tellement la question va se reposer très concrètement tous les jours – *qui du Club va se pencher aujourd'hui pour frotter la cuvette que d'autres ont salie ?* –, tellement la réponse va venir avec une série de nouveaux problèmes et questions qui ne semblent pas

promettre les toilettes les plus propres, comme le fera remarquer un stagiaire à cette même réunion, sourire en coin. « *Mais justement, poursuivra le moniteur, ici à La Borde, quand les chiottes sont trop propres, quand un secteur est toujours impeccable, c'est généralement le signe que quelque chose ne va pas sur le plan clinique et institutionnel. C'est presque un révélateur d'aliénation, de suraliénation, et c'est souvent là qu'il est nécessaire de faire une "greffe de club".* » Cela peut d'ailleurs survenir (et survient d'ailleurs souvent) même sans femme de ménage officielle, par exemple quand une pensionnaire, une stagiaire, une monitrice – le plus souvent des femmes, il va sans dire – « surinvestit » les chiottes, la serpillère ou la plonge, forcément au détriment d'autre chose. L'embauche de la femme de ménage, ce serait donc simplement la sanction officielle, administrative, qui vient pour ainsi dire entériner cette aliénation, ce cloisonnement du soin et du ménage, cette confusion entre la personne (la femme), la fonction (le ménage) et le statut (femme de ménage), compliquant d'autant plus toute forme de résistance, mais aussi tout le travail institutionnel, lequel passe notamment par l'institutionnalisation et la collectivisation de ces fonctions (ménage, entretien, cuisine, etc.), et donc par une distinction radicale entre statut et fonction. Cela était manifeste à La Borde – ce l'est encore, pour tout dire – dans cette institution-signifiant qu'est le S.A.M., qui réunissait soins (S) et ménage (M) par la médiation de ce petit ou grand A, animation ou accueil ou ambiance, les rendant indissociables, impensables l'un sans l'autre (cf. *supra* : §4.3.3). L'embauche de la femme de ménage est donc perçue par beaucoup comme une attaque directe contre le S.A.M. – comme si on défaisait et dissociait ce qui était jusque-là indissociable –, comme une attaque de l'établissement et de son administration contre l'institution elle-même et le Club qui en est la pierre angulaire. Au fond, mon passage à la lingerie ce matin-là aura été, avec Lady Gaga, une sorte d'introduction à toute cette « lingistique » critique et institutionnelle, qui déborde bien entendu le strict lieu de la lingerie – le linge est partout –, qui n'en est qu'un foyer d'articulation. C'est peut-être mon poisson-pilote qui la résumera le mieux, dans l'entrevue que nous allions faire pour le journal (cf. annexe D), en discutant de ce qu'est selon lui « l'esprit de La Borde » : « *Je pense que c'est de comprendre que tout ce qui se passe dans La Borde a une importance pour le soin. C'est le Club et le Comité hospitalier [...]. C'est surtout important [...] de permettre aux gens d'être actifs, mais pas dans l'excès, par exemple aux ateliers, au SAM et aux réunions. [...] Tout ça, c'est l'esprit de la psychothérapie institutionnelle du Dr Jean Oury.* »

L'heure du déjeuner approchait, mon poisson-pilote a pressé le pas : par un chemin qui passait dans la forêt derrière l'Extension et l'ancien pavillon des Bois – qui, devenu vétuste, a été fermé en 2019 et déménagé dans un nouveau bâtiment, au nord-ouest, prenant alors le nom de Haut-Bois –, nous avons débouché dans un vaste stationnement arboré et, au bout du chemin de terre en boucle qui le parcourt,

devant la Salle de spectacle, qui est en fait le premier bâtiment que l'on aperçoit quand on arrive à La Borde depuis la route départementale. La belle et vieille salle a malheureusement été fermée pendant toute la durée de mon séjour en raison de la pandémie, étant alors réservée pour les opérations sanitaires de vaccination et de test ; je n'y serai d'ailleurs finalement entré qu'une seule fois, un matin avant le lever du soleil, quelques jours avant Noël, pour m'y faire tester – négativement. Les spectacles ont quant à eux été présentés soit au Château, en hiver, soit à l'extérieur, dans le parc ou devant le Château, en été ou quand la météo s'y prêtait... comme au jour de l'an. Derrière la salle de spectacle, toujours côté nord donc, on accède aux Pilotis, vaste pavillon-secteur en arc, orienté vers l'ouest, de plain-pied, aux allures modernes et quelque peu scandinaves ; je m'y retrouverai régulièrement tout au long de mon séjour, soit à son infirmerie pour les transmissions de nuit qui s'y déroulent tous les soirs à 23h (les moniteurs de nuit y ayant leur « camp de base »), soit dans sa salle commune, juste à côté, où avaient lieu notamment les répétitions de l'atelier théâtre, les mardis, soit pour rendre visite à des pensionnaires, dont l'un avec qui j'ai organisé des projections de films de la « nouvelle vague » au Château pendant les fêtes. Par un petit sentier qui se faufile entre des haies d'arbustes, nous avons rejoint un chemin de terre carrossable qui nous a menés au dernier pavillon et secteur de La Borde, le seul où je n'avais pas encore mis les pieds : le(s) Haut(s)-Bois, gros bloc imposant, presque intimidant de ses deux étages bien hauts et carrés, construit à la fin des années 2010 pour remplacer le pavillon des Bois. Légèrement excentré au nord-ouest, il offre une belle vue dégagée sur le parc derrière le Château, mais se laisse facilement oublier quand on n'a pas à y faire, dans la mesure où il n'est sur le chemin... de *rien* : on y passe donc rarement par hasard, sauf d'un hasard résolument programmé. Il faut dire qu'en étant « assigné » à l'Extension comme stagiaire-moniteur, je serai le plus souvent dans le secteur le plus distant des Hauts-Bois, dans ce qu'on pourrait appeler l'extrême orient de la clinique. J'y viendrai néanmoins quelques fois, dans sa grande salle commune, hyperfenestrée et donc hyperlumineuse en après-midi, orientée qu'elle est vers le sud-ouest, pour y rencontrer des pensionnaires, notamment un homme que j'ai d'abord connu à l'atelier théâtre, autour de Pessoa, avec qui je nouerai ensuite une relation autour d'un mystérieux jeu de cartes, le *méchin-méchin*, dont le nom m'a ramené un instant sur les plages de la Gaspésie, et dont j'ai toujours soupçonné qu'il était le seul au monde à connaître les règles, sorte de variante créative (et en constante évolution) du *rami*.

La cloche annonçant le premier service du déjeuner, à midi, a retenti au loin ; je ne l'ai pas entendue, mais elle n'a pas échappé à mon poisson-pilote, qui semblait affamé. Il tenait néanmoins à terminer la visite, en évitant si possible toute nouvelle digression linguistique. Le chemin des Hauts-Bois nous a ramenés au

cœur de la clinique, là où s'étend, juste au nord-est du Château, un petit complexe de vieux bâtiments. À droite, le Bureau administratif, où sont réalisées les formalités et démarches administratives des pensionnaires, entre autres à leur arrivée, où j'aurai moi-même à faire quelques fois pour remplir quelques formulaires, mais dont je ne garderai qu'un vague souvenir – si ce n'est que je devais monter un long escalier pour aller remplir lesdits formulaires. À gauche, l'ancien bureau de Jean Oury, dans lequel sa petite-fille et directrice adjointe de la clinique, Flore Pulliero-Vitez, s'installait encore à la fin 2021 – elle m'y accueillera à quelques reprises pour discuter de ma recherche, de la psychothérapie institutionnelle et de sa renaissance prochaine, selon elle inévitable. Dans le même bâtiment se trouvent aussi des bureaux de médecins-psychiatres, auxquels on accède généralement – sur rendez-vous ! – par l'autre côté, par le secrétariat médical – appelé « Le 207 », son ancien numéro de téléphone... –, dont l'entrée est située sur une petite cour qui pourrait évoquer la place centrale des villages français médiévaux, surplombée qu'elle est par la grande horloge de ce qui est devenu une partie de l'Extension, qu'on appelait jadis le « pavillon de l'Horloge », dont certaines chambres ont fenêtre sur (cette) cour. Sur cette place se trouve aussi, dans le même bâtiment que le Bureau administratif, le local de la Caisse de dépôt, gérée elle aussi par le Club et le Comité hospitalier, où les pensionnaires peuvent déposer leur argent, leurs papiers d'identité et autres objets de valeur. La Caisse de dépôt est néanmoins itinérante, elle circule quotidiennement dans les secteurs, à partir de 10h30, pendant les S.A.M., afin de permettre aux pensionnaires de déposer et le plus souvent de retirer de l'argent, juste à temps pour le Tabac qui a lieu à 11h au Grand Salon (c'est le quotidien de plusieurs d'attendre le passage de la Caisse pour ensuite se précipiter au Grand Salon afin d'acheter des cigarettes pour la journée – je serai moi-même pris dans ce mouvement de « masse » à de nombreuses reprises).

Nous avons finalement bifurqué à gauche, vers le Nord, par un petit passage que j'emprunterai bientôt tous les jours, car il mène à la fois à l'Extension – le secteur auquel j'ai été assigné comme stagiaire – et au Bureau de coordination médicale (B.C.M.), véritable plaque tournante de la clinique et de sa vie collective, où convergent tous les jours une prodigieuse quantité d'informations, de demandes et donc aussi de personnes. C'est certainement le « C », pour coordination, qui est ici central, beaucoup plus que le M, dans la mesure où il se coordonne au B.C.M. infiniment plus que du strictement médical. C'est là où, par exemple, il est possible pour les pensionnaires de s'inscrire aux chauffes ou d'obtenir de l'aide pour prendre un rendez-vous à l'externe, où les moniteurs et stagiaires viennent se « griller », où sont aussi attribuées les chambres aux pensionnaires, où... Quand on ne sait pas à qui s'adresser pour une question ou une demande, c'est le plus souvent au B.C.M. que l'on se rend, dans la mesure où la personne qui s'y

trouve – un moniteur, pas toujours le même, c’est une fonction – est généralement celle qui a la meilleure vue d’ensemble sur tout ce qui se passe dans la clinique dans une journée donnée, et de qui fait quoi et où. Le B.C.M. est donc une instance importante voire « centrale » à La Borde, qui agit comme interface et carrefour entre presque toutes les autres – le secrétariat du Club et les ateliers, le secrétariat médical et les médecins, le Bureau administratif et la direction, la Grille et les moniteurs, la cuisine, l’entretien... Cette fonction de coordination transparaît dans le lieu même, dans le « B » du bureau pourrait-on dire, qui a un peu les allures d’un centre de répartition – ce qu’il est certainement en partie – avec ses téléphones et ses classeurs et ses grands tableaux d’affichage sur les murs, voire d’une tour de contrôle aéroportuaire, avec ses grandes parois vitrées sur deux côtés, comme s’il s’agissait de faciliter au maximum le passage d’informations. De l’autre côté d’une paroi vitrée, dans une petite pièce contiguë qui fait office d’entrée, se trouve le petit bureau du « standard » (téléphonique) de la clinique, fonction-lieu occupée par un pensionnaire – là non plus, pas toujours le même –, qui répond aux appels de l’extérieur et les redirige le cas échéant, mais qui est souvent aussi, de par sa proximité avec le B.C.M., une mine d’informations sur tout ce qui se passe dans la clinique. Au bout de cette pièce-passage, en franchissant une porte, on accède à un escalier étroit qui mène, à l’étage, au local de l’Association culturelle de La Borde, où je me rendrai souvent dans les semaines suivantes, non seulement pour les réunions des moniteurs de l’Extension qui s’y tiennent tous les vendredis en après-midi (en raison de sa proximité pratique), mais aussi pour lire, écrire mes notes de terrain et y faire des recherches disons plus théoriques. Disposant d’une énorme bibliothèque spécialisée de psychiatrie, de psychanalyse et de sciences humaines – j’ai toujours vaguement craint que le plancher ne s’effondre quand j’y étais, tellement il craquait et même plissait sous mes pas –, le local est aussi et peut-être d’abord un lieu de rencontre pour le personnel de la clinique : on y tient régulièrement des réunions, des discussions, des groupes de réflexion ou de lecture (j’ai eu l’occasion de participer à l’un d’entre eux, autour de l’œuvre de Fernand Deligny, pendant mon séjour), ainsi que toutes sortes de formations et journées d’étude, qui font partie intégrante de la mission de l’Association culturelle, dans l’optique d’une diffusion et d’une « élaboration » des expériences de la psychothérapie institutionnelle. C’est ainsi l’Association qui organise les stages de formation thématiques qui ont lieu deux fois par année à La Borde et qui accueillent, depuis les années 1950, des professionnels de partout en France (cf. aussi Oury, 2016a). La Commission des stages (« ComStages »), responsables de l’organisation des stages étudiants, a également son petit bureau bordélique dans ce local, coincé entre un lavabo et une machine à café. Les associations culturelles sont des institutions importantes de la psychothérapie institutionnelle depuis Saint-Alban, et ce n’est donc pas seulement La Borde qui a la sienne, mais bien chaque lieu de soin qui se revendique du mouvement, une quarantaine en France et en Europe ;

toutes ces associations sont d'ailleurs fédérées dans la Fédération Inter-Associations Culturelles (FIAC), qui édite une importante revue (*Institutions*) et une collection aux Éditions d'une, en plus d'organiser une journée nationale de psychothérapie institutionnelle, chaque année dans un lieu différent et donc en partenariat avec une association différente.

En ressortant du B.C.M. et marchant vers le Château – et le déjeuner, enfin –, mon poisson-pilote m'a pointé un bâtiment juste au nord : « *C'est là qu'habitait Danielle Roulot* » – l'une des monitrices, psychiatres et psychanalystes, décédée en 2019, qui a profondément marqué l'histoire de La Borde, de sa pensée et de sa pratique (cf. Roulot, 2006). Le petit appartement, à l'étage de ce vieux bâtiment où se trouvent aussi des bureaux – de médecins, entre autres –, est aujourd'hui habité par des moniteurs (qui disent d'ailleurs encore « *habiter chez Roulot* »). Juste en face se trouve aussi la Rotonde, petit édifice circulaire d'une seule pièce, avec mezzanine, qui est un autre lieu de rencontre important de la clinique, où se tiennent régulièrement des réunions – comme celle de la « ComStages », à laquelle je participerai les lundis après-midi – et toutes sortes de séminaires et de formations. J'allais d'ailleurs m'y retrouver dès le lendemain matin pour la réunion « chauffe », qui regroupe les chauffeurs, des pensionnaires et quelques stagiaires de passage, et quelques moniteurs aussi, pour organiser les navettes de la semaine à venir – il y en a généralement six par jours, en semaine, qui font l'aller-retour à Blois ou à Cour-Cheverny. J'étais impatient de me lancer et de « chauffer », y voyant une fantastique occasion non seulement de rencontrer des pensionnaires de tous les secteurs dans l'ambiance chaleureuse de la chauffe, mais aussi d'explorer les environs de la clinique.

4.3.7 Greffes d'espace(s)

Et sûrement parce qu'il faut aller un peu ailleurs pour espérer être ou arriver ici. La Borde, on l'a compris, on le sent vite quand on y arrive, est tout sauf un espace clos et hermétique, fermé sur lui-même. Il faudrait même dire qu'elle ne cesse en fait de s'ouvrir et de « prolonger » sa clinique vers ailleurs, vers l'extérieur – si tant est qu'il y a un intérieur et un extérieur –, dans le territoire qui l'entoure, dans la société et les communautés environnantes. À cet égard, les chauffés sont certainement un dispositif essentiel de ce prolongement et de cette ouverture, de cette insertion de la clinique dans son territoire.

Ville la plus proche et chef-lieu du Loir-et-Cher, située à une quinzaine de kilomètres (cf. la carte, *infra* : figure 4.7), Blois a une très grande importance dans le « paysage » de la clinique et des personnes qui y vivent ou y travaillent, peut-être d'abord parce que plusieurs moniteurs, anciens pensionnaires et patients

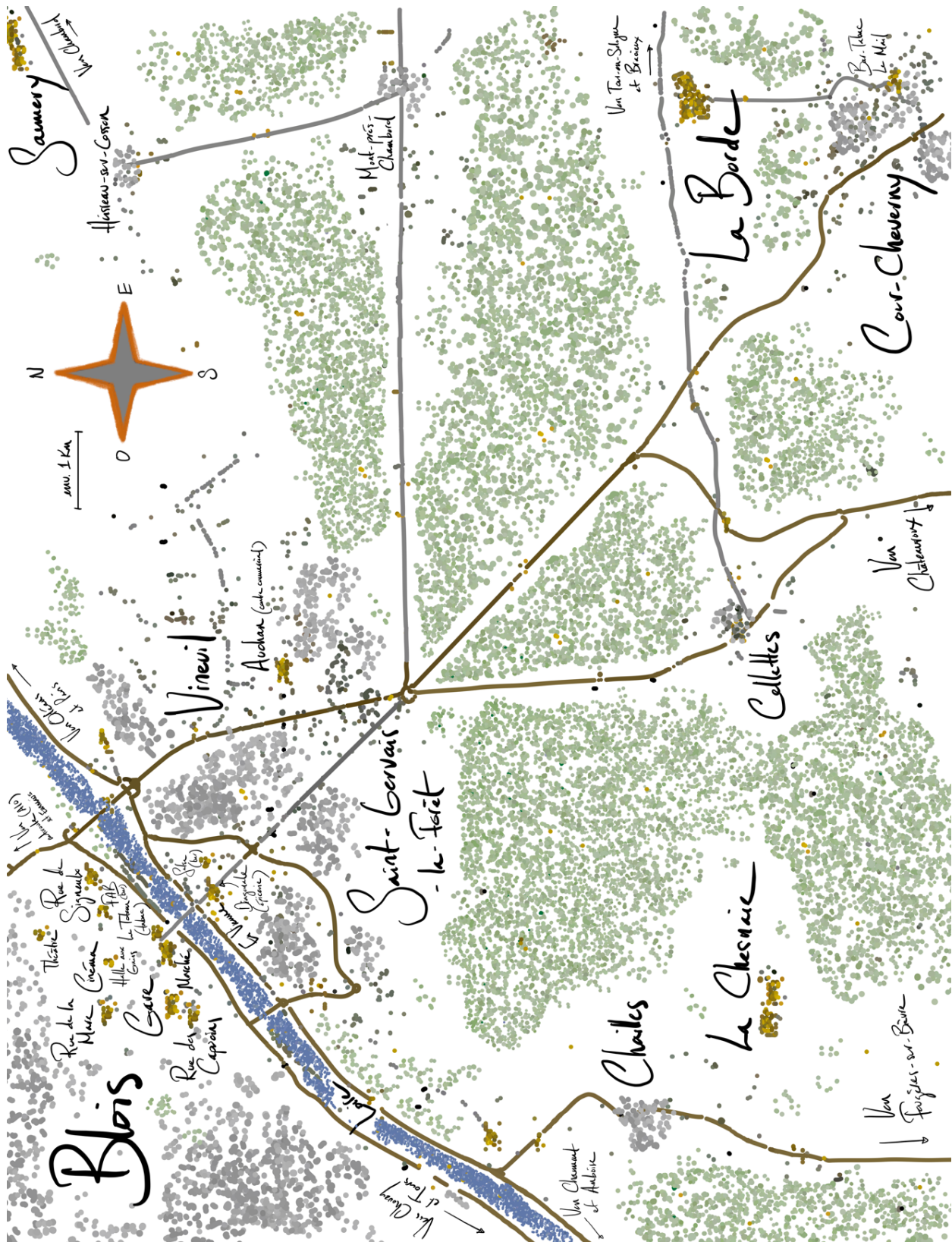
de l'hôpital de jour y habitent, alors que les autres, comme les pensionnaires actuels, s'y rendent inévitablement, régulièrement, tôt ou tard, pour y faire des courses, profiter de ses services et installations, de sa vie culturelle, etc. Ce prolongement de la clinique à Blois s'incarne d'ailleurs très concrètement dans un petit réseau de « maisons associatives », gérées par l'Association départementale Croix-Marine³⁸ du Loir-et-Cher, où habitent en tout une vingtaine de personnes, notamment d'anciens pensionnaires et certains patients des hôpitaux de jour, non seulement celui de La Borde, mais aussi ceux des deux autres cliniques de psychothérapie institutionnelle présentes dans le département, à proximité de Blois : La Chesnaie, près de Chailles, et Saumery, près de Huisseau-sur-Cosson (cf. la carte, *infra* : figure 4.7), avec lesquelles La Borde entretient encore des liens forts et coorganise de nombreuses activités, ateliers, rencontres, sorties, etc. (et que j'ai donc eu l'occasion de visiter au cours de mon séjour) (cf. aussi Oury et Faugeras, 2016). La chauffe s'arrête ainsi régulièrement – à la demande des personnes qui y sont inscrites – à ces trois maisons associatives, identifiées par les rues où elles se situent : de Signeulx, de la Mare et des Capucins, et que j'ai aussi eu l'occasion de visiter avec un vieux Labordien, moniteur retraité, dès le début de mon séjour. Outre la gare de Blois-Chambord – qui fait aussi lien avec le reste de la France (on est à Paris-Austerlitz en plus ou moins deux heures) et même de l'Europe ! –, les autres arrêts réguliers de la chauffe – lieux particulièrement investis par les pensionnaires, donc – sont le Totem, bureau de tabac situé en plein centre de Blois, et en Vienne, du nom de ce quartier situé de l'autre côté (sud) de la Loire où se trouvent de nombreux commerces et services – dont une petite épicerie de quartier, Diagonale, particulièrement appréciée de plusieurs pensionnaires... et stagiaires –, dans une atmosphère disons moins clinquante que celle du centre. Sur demande ou en fonction des ateliers et sorties organisées à la clinique, d'autres arrêts s'ajoutent souvent au trajet, que ce soit, en périphérie de Blois, le Auchan de Vineuil (magasin grande surface et hypermarché le plus proche, sorte de Walmart à la française, combiné à un centre commercial !), l'Emmaüs de Saint-Denis (sorte d'immense magasin Renaissance), ou encore

³⁸ Le mouvement Croix-Marine – vastes réseaux d'associations locales et départementales, fédérées au niveau national dès 1952 – a eu une très grande importance dans l'essor et l'histoire de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur dans la France de l'après-guerre, et ce, dès l'expérience fondatrice de Saint-Alban. Les « comités hospitaliers » de la plupart des cliniques de psychothérapie institutionnelle, dont celui de La Borde, étaient d'ailleurs des associations dites de Croix-Marine, donc techniquement et juridiquement indépendantes des cliniques ou hôpitaux sur le plan administratif. La mission première du mouvement était de favoriser et d'assurer une continuité dans les soins intra- et surtout extra-hospitaliers, notamment par la mise en place de services et de soins ambulatoires dans la « cité » – à l'aube de la désinstitutionnalisation –, mais aussi, par le biais des comités hospitaliers et des clubs thérapeutiques, et sous l'impulsion de Tosquelles, de toutes sortes d'activités, d'ateliers et dispositifs visant à dynamiser la vie sociale *intra*-hospitalière (cf. Gardet et Tétard, 2002). En 2016, la Fédération des sociétés de Croix-Marine a fusionné avec une autre association nationale (l'AgaPsy) pour donner naissance à Santé mentale France.

les piscines et autres installations sportives de l'agglomération, les cinémas et théâtres, etc. – les chauffes pouvant même être « nolisées » ou réservées pour certains ateliers. L'un de premiers soirs où j'étais à La Borde, je me suis ainsi retrouvé, avec six ou sept pensionnaires, à l'arrière d'une chauffe conduite par une monitrice, destination le Théâtre Nicolas-Peskine, l'une des scènes nationales de Blois non loin de la maison associative « Rue de Signeulx », pour y voir une formidable pièce, *Adeno Nuitome* (Molina, 2021), « folle histoire d'amour » dont nous avons ensuite fait une critique aussi bien à la réunion d'accueil que dans *Les nouvelles labordiennes*.

Tout ne se passe pas pour autant dans cette agglomération blésoise, bien que celle-ci soit incontestablement le principal pôle d'attraction de la région, sorte de territoire du Nord-Ouest de la clinique où elle ne cesse de se déterritorialiser. Plus proche de La Borde, à environ quatre kilomètres (45 minutes à pied par les vignobles, 10 minutes en chauffe), se trouve le charmant village de Cour-Cheverny, sur le territoire duquel se situe officiellement La Borde, d'où son nom d'établissement, SE Clinique de Cour-Cheverny. Pensionnaires et moniteurs s'y rendent donc régulièrement, en chauffe ou pas, dans le cadre d'ateliers ou pas, et plusieurs anciens pensionnaires et patients de l'hôpital de jour y vivent d'ailleurs. On y trouve plusieurs petits commerces et services de proximité – épicerie, coiffeur, poste, salle de sport, etc. –, et surtout un bar-tabac, Le Mail, avec lequel La Borde et son Club entretiennent un lien étroit, car c'est là que s'approvisionne leur propre (atelier) Tabac : une chauffe dite « tabac » s'y rend donc tous les matins pour récupérer la commande qui a été passée la veille, après inventaire, à savoir des dizaines et des dizaines de paquettes de cigarettes. Je m'y suis moi-même rendu plusieurs fois avec des pensionnaires, assistant (et participant) à chaque fois à des « scènes » qui resteront gravées dans ma mémoire tellement elles semblaient extraites (d'une bonne parodie) d'un film de Coppola : nous nous retrouvions à l'arrière du bar, avec un *ristretto* et avec la propriétaire, à recompter plusieurs centaines d'euros en petites coupures et en petites pièces, apportées dans une proverbiale enveloppe brune.

Figure 4.7 – La Borde et ses environs (carte)



Ce n'est là finalement qu'un infime échantillon de ces lieux – presque infinis, au moins potentiellement, ou du moins « transfinis », comme aimait dire Oury (1986) – où se prolongent la clinique de La Borde et son institution. La carte, forcément finie, ne peut elle-même rendre compte que de cet *infime*, et encore que très imparfaitement, à très gros traits, à partir de la seule expérience que j'en ai eue, pour ne pas dire à partir de mon fantasme et de mon désir, marqués par quelque chose d'un manque et d'une castration. Cette carte imparfaite, comme toutes les précédentes d'ailleurs, et surtout comme le travail de cartographie et de réflexion qu'elle suppose – effectué entre autres avec mon poisson-pilote et d'autres pensionnaires et moniteurs –, a néanmoins son importance ici en ce qu'elle permet d'illustrer et de marquer quelque chose d'absolument essentiel et décisif dans la clinique de la psychothérapie institutionnelle : quelque chose qui touche au *rapport à l'espace*, et disons même déjà à l'*espace-temps*, et donc à son organisation et à sa structuration. Tellement essentiel qu'il serait possible d'y consacrer une recherche entière – ce que d'autres ont d'ailleurs fait, et beaucoup mieux que je n'aurais pu le faire moi-même à partir de ma seule petite expérience à La Borde (cf. par ex. : Riedweg, 2019).

Essentiel dans la psychothérapie institutionnelle, mais il faudrait plutôt dire, au fond : essentiel dans *l'expérience humaine*, dans toute expérience humaine, et pas seulement clinique, dans la mesure où l'espace et le temps sont toujours les *formes premières et élémentaires* de notre expérience des choses et du monde, de notre sensibilité et de notre esprit, de nos existences, comme le montre bien la philosophie (et la physique) moderne depuis Kant (1967) : le monde, les mondes humains ne s'ouvrent jamais (et ne se referment souvent...) qu'à partir d'une *certaine* mise en forme, d'une certaine organisation et structuration de l'espace et du temps. *Par le discours, les discours*, faudrait-il ajouter en accord avec le cadre conceptuel de cette recherche, c'est-à-dire par le langage, par le signifiant, sans lesquels il ne saurait y avoir de structure ni donc de monde : cette mise en forme qu'est le monde humain est toujours une organisation de l'espace-temps dans l'« ordre du discours », d'un discours et d'un langage. Aussi bien dire – ce sera bientôt manifeste ici – que l'espace et le temps sont toujours aussi l'objet et l'enjeu – *l'objeu...*? – fondamental d'une bataille, d'une guerre entre des discours sociohistoriques et sociopolitiques concurrents, dans ce que Foucault (1969) appelait les champs discursifs – qui sont toujours de véritables champs de bataille, traversés par d'intenses relations de pouvoirs-savoirs.

La psychothérapie institutionnelle, en prenant appui sur certaines philosophies et sociologies critiques, mais aussi sur une certaine psychanalyse, ne fait finalement que remettre ces considérations sur les formes et structures élémentaires de l'expérience humaine au cœur de sa clinique des psychoses. C'est

d'ailleurs d'autant plus pertinent – indispensable – dans une clinique des *psychoses*, lesquelles se caractérisent essentiellement par une sorte de « brouillage » et de désorganisation de l'espace-temps qui font en sorte que la personne – le sujet psychotique, et notamment schizophrène – échoue souvent à simplement « être là »³⁹, c'est-à-dire à habiter l'espace pour en faire un *lieu* (là) où être et ex-sister (hors de soi), un *site* où se situer dans le monde humain, dans un monde partagé (Oury, 1998a). C'est bien en cela, d'abord, que la psychose est une *errance* : le sujet psychotique n'arrive pas à être là, et il est donc sans cesse « nulle part », errant (Oury, 1986 : 222). Ce sera dès lors l'une des tâches essentielles en psychothérapie institutionnelle (et qui devrait sûrement l'être de toute psychiatrie), peut-être même celle qui résume le mieux tout son projet : il s'agira de « travailler au niveau de l'espace », de manière à fabriquer, dans l'espace « brut », des *lieux* habitables pour le sujet psychotique, d'« essayer de "bricoler" quelque chose qui est de l'ordre d'un "tenant-lieu" » (Oury, 1986 : 93 ; 201).

Il est nécessaire de *créer*, de recréer d'une façon incessante *des lieux, des espaces, des sites*, toujours menacés d'anéantissement [dans et par la psychose]. Beaucoup de schizophrènes sont dans une existence erratique ; il ne sont nulle part ; et une des choses les plus essentielles, les plus élémentaires, c'est qu'avant de vouloir leur faire raconter leur « histoire », ou de les orienter dans une temporalité, il faut d'abord qu'ils puissent se situer. Il est donc nécessaire de pouvoir redécouvrir quelque chose qui puisse leur tenir lieu de site, d'espace, et où puisse se manifester *quelque chose de l'ordre du désir*. (Oury, 1986 : 225)

Les derniers mots ont toute leur importance ici, et c'est d'ailleurs moi qui les souligne : *quelque chose de l'ordre du désir*. C'est sans doute même ce qui pourrait permettre de distinguer théoriquement, du point de vue de la psychothérapie institutionnelle, l'espace, d'un côté, et le *lieu* ou le *site*, de l'autre⁴⁰ : ces derniers ne seraient finalement que des *espaces investis, parcourus par le désir*. Or dans une perspective aussi bien psychanalytique, psychothérapique et institutionnelle, ce sera bien sûr ici la finalité – et le sens

³⁹ Le concept d'*être-là* est issu de la phénoménologie et de la philosophie existentialistes, rendu célèbre par le philosophe allemand Martin Heidegger (1985), qui a fait du *Dasein* (littéralement « être-là » en allemand) pour ainsi dire le « personnage » conceptuel principal de son chef-d'œuvre *Être et temps*. Il s'agit au fond de l'humain – ou plutôt de son mode d'être – en tant qu'il est ex-sistant (qu'il se tient et se projette toujours hors de lui-même, et donc en avant de lui-même) et qu'il peut donc se poser la question de l'être et de son être. Le concept sera d'ailleurs repris avec beaucoup de succès dans une perspective psychothérapeutique dans la *Daseinanalyse*, ou analyse existentielle (Binswanger, 1971), mais aussi par le philosophe français Henri Maldiney (2007) dans l'élaboration de sa phénoménologie des psychoses, qui a trouvé des échos importants dans la pensée de Oury et donc à La Borde, et ce jusqu'à aujourd'hui (cf. aussi *supra* : §4.2.3).

⁴⁰ Cette question et cette distinction ont fait l'objet de plusieurs discussions animées avec l'un des plus anciens (et donc vieux !) moniteurs de La Borde – et théoricien important de la psychothérapie institutionnelle aujourd'hui –, Marc Ledoux (2023), qui insistait pour que je fasse de cette distinction le thème principal de ce mémoire ou d'une future thèse de doctorat.

premier – de ce « travail de l'espace », de ce travail de production de (tenants-)lieux, de lieux-dits, marqués par le signifiant : permettre qu'il y ait du *transfert*, qu'il y ait un « dire », et donc qu'émerge aussi quelque chose de l'ordre d'un *désir*. C'est à cet égard que la psychiatre et psychanalyste Gisela Pankow (1977), proche amie de Oury et théoricienne importante de la clinique des psychoses, parlait de *greffes d'espace* – et Oury de préciser toujours qu'il ne s'agit pas tant de greffer de l'espace brut, ni même de l'espace au sens strictement architectural ou géographique, mais bien de greffer des « espaces du dire » justement, des espaces transférentiels et donc institutionnels, des espaces de « jeu » – encore là au sens quasi théâtral, mais aussi au sens où un Winnicott (2010) parlait d'« espaces transitionnels » –, bref, des espaces qui puissent tenir lieu de *scènes* pour la manifestation du transfert et du désir (cf. aussi Oury, 1986). Une *greffe de transfert*, en somme, comme on l'entend encore souvent dans les réunions à La Borde, qui suppose seulement d'abord – sorte de préalable – de greffer un *lieu*, un *là* à des sujets – psychotiques – qui bien souvent n'en ont pas, qui sont nulle part et ne parviennent pas à « être-là ». Il faut d'ailleurs souligner que le mot *greffe* est employé ici de manière beaucoup moins métaphorique qu'on ne pourrait d'abord le croire, tellement ce travail touche directement au *corps* – certes imaginaire – du sujet, à ce corps dont l'espace n'est jamais que le prolongement, à ce corps qui peut même apparaître comme le « prototype de l'espace », son « modèle structural » (Pankow, 1977) « représentant de tous les espaces » pour le sujet (Oury, 1986 : 93). On habite l'espace (et le monde...) comme on habite son corps, pourrait-on dire, un corps (imaginaire) qui, dans la psychose, à l'instar du transfert, est souvent complètement éclaté, dispersé, morcelé, éparpillé, désorganisé. La greffe d'espace, la greffe d'un lieu – délimité – où le sujet pourra être *là*, vise donc notamment, sur le plan clinique, à permettre quelque chose de l'ordre d'un rassemblement, d'un regroupement et d'une réorganisation de tous ces bouts de corps éparpillés – dans un *là* où le sujet pourra se reconnaître, un peu comme dans un miroir. « On ne peut avoir accès aux structures psychotiques que par l'espace », rappelait souvent Oury (1986 : 92-3), reprenant en cela les thèses de Pankow (1977).

Il n'y a peut-être pas meilleure manière de marquer l'importance déterminante de l'espace et de son organisation à la fois dans le traitement des psychoses et donc dans la psychothérapie institutionnelle. Cette importance était d'ailleurs déjà manifeste dès l'origine, avec Tosquelles (1985 : 135) à Saint-Alban, qui soulignait souvent qu'« on ne saurait envisager des institutions sans une assise spatiale » – c'est toujours d'abord un espace-temps que l'on institutionnalise, que l'on « humanise » en l'investissant d'un désir. Cette importance est telle que (le rapport à) l'espace et sa réorganisation seront même centraux dans l'invention de la psychothérapie institutionnelle et dans les principes cliniques fondamentaux –

jamais reniés ensuite – qui l’orienteront. On se souvient de ce qui est sans doute le geste fondateur et proprement révolutionnaire de la psychothérapie institutionnelle, à Saint-Alban : *on détruit les murs* – physiques et symboliques – de l’hôpital, ces murs dans lesquels on a enfermé la folie tout au long de la modernité et qui ont donné à l’hôpital, à l’asile, les allures d’un véritable camp de concentration. Geste fondateur qui répond au principe fondamental de cette nouvelle (alter)psychiatrie qui se dit déconcentrationnaire : celui de *la libre circulation*. C’est là sûrement que s’engage de la manière la plus manifeste, la plus ouverte, une *bataille* entre des discours psychiatriques concurrents et irréconciliables : il s’agit pour la psychothérapie institutionnelle naissante (elle ne porte pas encore ce nom) d’opposer au discours psychiatrique dominant et conservateur – asilaire, violemment ségrégationniste (d’où les murs) – un (contre-)discours alterpsychiatrique déconcentrationnaire et révolutionnaire, qui entend rouvrir l’hôpital psychiatrique sur le monde, et donc « libérer » la folie que ses murs contenaient et enfermaient jusque-là, en faisant de la libre circulation – des fous et de leur folie – son axiome fondamental. Oury, dont on peut dire sans se tromper qu’il n’était pas très porté sur les définitions, qui par définition... définissent et souvent enferment – il leur préférerait l’indéfini et l’ouverture du transfini... –, voyait néanmoins dans cette lutte ce qui est peut-être le plus à même de circonscrire et donc définir le propre du mouvement de la psychothérapie institutionnelle :

Nous pourrions [...] définir la psychothérapie institutionnelle, là où elle se développe, comme un ensemble de méthodes destinées à résister à tout ce qui est concentrationnaire. « Concentrationnaire », c’est peut-être un mot déjà vieilli – on parle actuellement de « ségrégation ». Ces structures de ségrégation existent partout, de façon plus ou moins voilée. Tout entassement de gens, que ce soit des malades ou des enfants, dans n’importe quel lieu, développe, si on n’y prend pas garde, des structures oppressives [...]. *La psychothérapie institutionnelle, c’est peut-être la mise en place de moyens de toute espèce pour lutter, chaque jour, contre tout ce qui peut faire renverser l’ensemble du « collectif » vers une structure concentrationnaire ou ségrégative.* (Oury, 2016a : 9)

La définition a peut-être l’inconvénient d’être entièrement négative – elle montre bien ce *contre quoi* on résiste, mais moins ce *pour quoi* et *avec quoi* on lutte –, mais elle a l’avantage ici de marquer encore une fois l’importance de l’espace et de son organisation, de sa ré-organisation révolutionnaire, dans la psychothérapie institutionnelle – car la ségrégation est toujours ségrégation (division) sinon de l’espace, du moins *dans* l’espace, elle suppose toujours un mur, physique ou symbolique, qui découpe cet espace. L’espace est donc au cœur de la bataille discursive qui commence à se jouer dans la psychiatrie française à la fin de la Deuxième Guerre mondiale – il en est sinon l’un des enjeux, en tout cas l’objet ou la matière même. Et le premier moyen – éminemment « spatial » lui aussi – mobilisé par la psychothérapie

institutionnelle dans cette lutte, dans cette bataille, ce sera la liberté de circulation – axiome fondamental : « La première chose à faire est donc de donner un petit peu d'espace, c'est-à-dire *un lieu où les gens puissent circuler un peu plus librement* » (Oury, 2016a : 10-1). Le « un (petit) peu » tient bien sûr de l'euphémisme, sinon de la litote, tant il s'agira en fait bien vite, pour la psychothérapie institutionnelle, de « créer une *possibilité de circulation maximum* » (Oury, 2016a : 18). Si l'idée princeps de la psychothérapie institutionnelle est toujours de « soigner l'hôpital », le milieu de soin lui-même – pour espérer soigner la folie (cf. *supra* : §4.1.5) –, le premier « remède » qu'elle prescrit pour guérir l'hôpital de cette maladie dégénérative qu'est la ségrégation, c'est donc la liberté de circulation.

Les cartes des pages précédentes permettent d'illustrer quelque chose de cette réorganisation de l'espace à laquelle a donné lieu la psychothérapie institutionnelle depuis Saint-Alban. On aimerait dire : voyez, il n'y a pas de mur(s). Ce ne serait pas forcément faux, car le fameux mur de l'asile – l'espèce d'enceinte carcérale qui l'entourait, et que l'on retrouve encore sous diverses formes dans beaucoup d'hôpitaux psychiatriques dits fermés (sur eux-mêmes) – brille effectivement par son absence à La Borde, comme dans tous les lieux de psychothérapie institutionnelle : les pensionnaires sont libres d'aller et venir à leur guise, aussi bien à l'intérieur de la clinique qu'à l'extérieur – ils y sont même encouragés. Mais bien sûr, il y a des murs à La Borde, toutes sortes de murs – physiques et symboliques – qui marquent toutes sortes de limites, parfois même des interdits – limites et interdits qui ont d'ailleurs une fonction thérapeutique essentielle dans le traitement des psychoses, lesquelles sont toujours aussi, et peut-être d'abord, un trouble de la limite et de la délimitation (par exemple entre un intérieur et un extérieur, entre un (soi-)même et un autre, un ici et un ailleurs...), non sans rapport avec le trouble (brouillage) de l'espace-temps auquel on a fait allusion précédemment : pour être là, il faut pouvoir délimiter un là, un lieu, et le distinguer d'un autre, d'un ailleurs. Et on le verra, c'est là que les signifiants et le symbolique – qui lui aussi est singulièrement défaillant dans la psychose – entrent en jeu pour (dé)marquer, délimiter, distinguer, bref, pour structurer l'espace. Il y a donc des murs à La Borde, toutes sortes de murs indispensables au travail thérapeutique, mais ces murs apparaissent pour ainsi dire toujours « troués », poreux, perméables – on ne cesse de passer d'un côté à l'autre, et donc d'un lieu à l'autre, presque imperceptiblement. Dans toutes les réflexions critiques et débats sur l'organisation de l'espace architectural auxquels donne lieu la psychothérapie institutionnelle à ses débuts, dans toute cette lutte contre le modèle carcéral qui était celui de l'asile, une sorte de « maître-mot » se dégage en effet rapidement, sorte de corolaire du principe de libre circulation : le *décloisonnement*. On pourra y voir quelque chose comme une dialectique, assez fine et délicate : il s'agira d'ouvrir le plus possible les espaces les uns sur les autres, de les connecter et de

les articuler, mais tout en préservant aussi leur spécificité, leur distinctivité, leur singularité – et donc leurs limites et délimitations, fussent-elles symboliques (Oury, 1986). Ce principe restera central dans la psychothérapie institutionnelle jusqu'à aujourd'hui, et vaudra d'ailleurs non seulement pour les espaces strictement architecturaux, mais aussi et surtout pour les espaces institutionnels – ateliers, activités, comités, groupes et sous-groupes, etc. À La Borde, on peut voir cette dialectique à l'œuvre un peu partout, et notamment dans ou entre les secteurs de soin – Parc, Extension, Haut-Bois, Pilotis, Rez-de-Chaussée –, qui ont chacun leur spécificité, leur couleur, leur rythme, leur ambiance – notamment en fonction de la singularité des personnes qui y vivent et y travaillent –, de sorte que pensionnaires et moniteurs finissent souvent par s'identifier, parfois assez fortement, à « leur » secteur. Le risque inhérent à cette sectorisation, c'est précisément celui d'un (re)cloisonnement, c'est-à-dire que les secteurs se referment sur eux-mêmes pour devenir de petits territoires fermés, de « petits royaumes », comme disait souvent Oury (1986 : 155). C'est donc une préoccupation constante dans la clinique que de chercher à assurer un passage entre les secteurs, à les articuler les uns aux autres et, par-delà, à un ensemble qui les dépasse et les *dé-borde* tout en les rassemblant et les reliant : par exemple, par tout un jeu de « roulements » propre à la Grille, les moniteurs travaillent ainsi régulièrement dans d'autres secteurs que celui auquel ils sont habituellement assignés ; de même, des ateliers – évidemment ouverts à tous – sont régulièrement organisés dans les différents secteurs, favorisant ainsi une circulation « inter-secteurs ». À cet égard, le Château et son Rez-de-chaussée, qui est un secteur de soins mais pas d'hébergement (il n'y a pas de chambres de pensionnaires), joue certainement un rôle important dans ce travail – toujours à recommencer – de décroisonnement et de « déterritorialisation » (Deleuze et Guattari, 1980) : c'est un lieu de passage(s) et de rencontres entre les personnes de tous les secteurs et de l'hôpital de jour, que ce soit autour des repas ou dans le cadre des nombreux ateliers et réunions du Club qui s'y tiennent. On verra que c'est aussi l'une des premières fonctions du Club lui-même que de décroisonner l'institution et tout ce qui s'y passe – et c'est notamment ce qu'il faut entendre quand on parle de « greffer du club » (sur un secteur, un lieu, une activité...) (cf. par ex. *supra* : §4.3.6).

Ces principes-axiomes de la libre circulation et du décroisonnement ont certainement orienté de manière décisive l'organisation de l'espace à La Borde et dans les cliniques de psychothérapie institutionnelle, incontournables qu'ils sont dans toute la démarche clinique et thérapeutique que propose celle-ci. Nécessaires, incontournables, mais absolument pas suffisants, rappelait souvent Oury (2016a : 11) : « [...] Il ne s'agit pas uniquement de [...] laisser [les gens] circuler "librement" – parce qu'on s'aperçoit rapidement que si aucune structure n'a été pensée, les gens se mettent à tourner en rond, et ça ne mène

à rien. » C'est pourquoi il est essentiel d'articuler ces principes à ceux d'hétérogénéité et de distinctivité sur lesquels on insiste si souvent à La Borde : ce qui se révélera thérapeutique, ce n'est pas tant de circuler librement dans *un* espace, mais de pouvoir circuler librement *d'un lieu à un autre*, passer d'une scène à une autre, d'un signifiant à un autre – c'est seulement dans ces passages que commence à se manifester quelque chose d'un désir et d'un transfert, qu'il pourra y avoir production de *sens* (Oury, 1986). Et pour cela, il est donc nécessaire de pouvoir distinguer et délimiter les espaces, d'hétérogénéiser l'espace en une multiplicité de *lieux* habités, différents les uns des autres – pas tant ou seulement sur un plan architectural, ni sur le plan de la « déco », on s'entend, mais aussi et d'abord sur le plan d'une ambiance, d'une atmosphère, d'un rythme, d'un style, d'une manière singulière d'occuper et d'investir l'espace propre aux gens qui l'habitent et le partagent. Guattari (1998 : 20) contournait d'ailleurs le problème soulevé par Oury au sujet de la libre circulation – ce risque permanent de « tourner en rond » – en soulignant que « la libre circulation ne concerne [...] pas seulement les personnes, mais aussi les fantasmes et les transferts » ; ainsi formulé, en effet, l'axiome semble déjà contenir en lui-même ces principes d'hétérogénéité et de distinctivité, dans la mesure où cette hétérogénéité n'est au fond nulle autre que la multiplicité et le « croisement » *des désirs et transferts* – singuliers – qui circulent dans l'institution, et notamment des transferts dits psychotiques qui sont en eux-mêmes éclatés, multiples, « multi-référentiels ».

Michel Foucault (2004c : 15) avait inventé un terme et surtout un concept – offrant une véritable grille d'analyse – pour décrire et étudier l'espace, ces espaces dits « autres » qui, à la différence des utopies – qui par définition n'existent pas, sont des lieux « irréels », imaginaires –, existent, eux, bel et bien, sont « des lieux effectifs, [...] dessinés dans l'institution même de la société » : *hétérotopies*. Foucault y voyait en fait...

... des sortes de contre-emplacements, sortes d'utopies effectivement réalisées dans lesquelles tous les autres emplacements réels que l'on peut trouver à l'intérieur de la culture sont à la fois représentés, contestés et inversés, des sortes de lieux qui sont hors de tous les lieux, bien que pourtant ils soient effectivement localisables.

À cet égard, La Borde apparaît très certainement comme une hétérotopie contemporaine, et la grille proposée par Foucault pourrait sans doute être utilisée de manière féconde pour son analyse spatiale, architecturale et topique (cf. aussi Oury et Faugeras, 2016 ; Riedweg, 2019). Mais La Borde est peut-être aussi une hétérotopie, ou un *ensemble d'hétérotopies*, en un autre sens que ne pouvait l'entendre Foucault, peut-être plus proche du sens étymologique et de ce principe d'hétéro-généité qui oriente

encore aujourd'hui l'organisation de ses espaces : un ensemble hétérogène de lieux(-dits) (*topos*) toujours autres (*hétero*) les uns par rapport aux autres, voire souvent par rapport à eux-mêmes – à l'instar des sujets de l'inconscient qui les habitent –, c'est-à-dire dans un processus de réinvention et transformation permanent, suivant ces sujets qui les investissent à un moment donné, de la singularité de leur désir.

4.3.8 Hétérochronies

Ces remarques vaudront bien sûr tout autant pour le *temps* et la façon dont il est organisé, structuré : La Borde est aussi une *hétérochronie*, au double sens qui vient d'être évoqué pour le *topos* – à la fois un temps radicalement autre par rapport à celui des sociétés contemporaines, de leur « temps social » dominant, mais aussi un ensemble de « temps » – de rythmes, de « durées », en un sens presque bergsonien (Bergson, 1992 ; Oury et Faugeras, 2016) – toujours autres les uns par rapport aux autres, sinon par rapport à eux-mêmes : temps des devenirs, auraient dit Deleuze et Guattari (1980), plutôt que temps de l'être (Heidegger, 1985). Il n'est pas certain d'ailleurs qu'il soit encore possible de parler de *chronos* pour nommer ces temps et leur temporalité, que ce soient ceux des devenirs ou ceux de l'être, tellement ils n'ont plus tellement à voir avec le temps chronologique, linéaire, quantitatif, mesuré, tel qu'on le vit le plus souvent – en minutes, heures, semaines... –, tel qu'il règle et écrase aussi bien souvent nos existences. Une partie du travail sur le temps et la temporalité dans la psychothérapie institutionnelle – là encore essentiel dans le soin ou le traitement des psychoses, qui se caractérisent par une sorte de hors-temps, de brouillage du temps, et par une sorte d'« arythmie » (Faugeras, 2016 : 10) – se fera à partir de cette distinction classique entre *chronos*, ce temps chronologique et mesuré, et *kairos*, qui est plutôt un temps qualitatif, ressenti et non mesurable, ce temps qui glisse sans cesse « entre » les temps chronologiques, qui les fait basculer d'un avant à un après : temps de l'événement, de la rencontre, du hasard, de la surprise, du moment opportun, de l'opportunité (*Kairos* étant ce dieu de l'opportunité chez les Grecs) (Oury, 1998a ; Oury et Faugeras, 2016). *Temporalité du désir*, pourrait-on déjà ajouter au cas où ce ne serait pas déjà manifeste ; et sans doute retrouve-t-on d'ailleurs dans cette distinction entre *chronos* et *kairos* quelque chose de l'opposition entre établissement et institution, peut-être aussi de cette distinction entre espace et lieu, voire entre objet et sujet. On ne renoncera pas pour autant à concevoir La Borde comme une *hétérochronie*, mais on gardera à l'esprit que ce temps autre, cet autre (*hétero*) du *chronos*, est notamment *kairos*.

Ce qui ne veut évidemment pas dire qu'il n'y a pas de *chronos* à La Borde, ni que celui-ci n'est pas pris en compte, bien au contraire et bien heureusement. Cela veut plutôt dire que ce temps chronologique sera

constamment travaillé par, à partir et en fonction de ce *kaïros*, de ce temps autre et cet autre du temps, et qu'il sera d'ailleurs travaillé de manière à faire toujours (ré)apparaître ce *kaïros*, pour faire voir ces interstices des temps chronologiques où il peut y avoir rencontre, événement, où il peut y avoir émergence et libération d'un désir, d'un transfert. C'est sûrement l'une des manières de comprendre la formule paradoxale de Oury (1998a : 219), quand il souligne qu'il s'agit toujours au fond de « programmer le hasard » – ça se passe forcément dans un aller-retour entre *chronos* et *kaïros*. Au même titre qu'il s'agit toujours de « travailler » l'établissement pour rendre possible l'institution, de l'institutionnaliser en y faisant circuler du désir, on cherchera donc, sur le plan de la temporalité, à (*k*)*airotiser* le *chronos* – à le trouer en quelque sorte –, mais aussi inversement à chroniciser le *kaïros*, c'est-à-dire justement à le « programmer », à le favoriser, pour ainsi dire à le « mettre à l'horaire », à l'ordre du jour, chaque jour.

Hétérochronie(s), donc, dans tous les sens du terme. On le sent bien vite quand on arrive à La Borde, et c'est peut-être aussi ce qui complique tant et souvent cette arrivée – il n'est pas simple d'arriver à La Borde... Il faut – (assez) rapidement ! – s'insérer et s'inscrire dans ce temps autre, dans un autre *chronos*, une autre organisation du temps chronologique, mais aussi commencer à s'apercevoir que l'essentiel ne se jouera même pas dans cet autre *chronos*, mais bien dans ce qui lui échappe, dans ce qui le « troue », dans ses lignes de fuite, et donc dans une autre dimension temporelle, dans l'Autre *du chronos* plutôt que dans un autre *chronos*. Et c'est peut-être seulement là, à ce *moment* « opportun » – *kaïros* –, quand on tombe dans le trou pour ainsi dire, que l'on arrive véritablement à La Borde, qu'on la *rencontre* véritablement, en tant qu'*institution* et non en tant que simple établissement, en tant qu'espace-temps traversé par le désir, par beaucoup de désir(s). C'est seulement là aussi qu'on arrive dans la clinique, dans ce que l'institution de la psychothérapie institutionnelle a de réellement *thérapeutique*.

Reste qu'on n'(y) arrive jamais sans d'abord passer par le *chronos*, par un *chronos*, un temps social ou socialisé, en tout cas partagé, dans lequel on s'inscrit, on « doit » toujours s'inscrire de prime abord si l'on veut pouvoir être (minimalement) avec l'autre, éventuellement le rencontrer. C'est d'ailleurs ce *chronos* qui d'abord permet de venir – tranquillement – ponctuer, scander, rythmer – et même temporaliser, donc – ces existences psychotiques qui, désorganisées, sont souvent non seulement « arythmiques » mais aussi « achroniques »⁴¹, qui semblent se dérouler hors de ce temps chronologique et social (Oury et Faugeras,

⁴¹ *Achronique*, et non *anachronique* : en astronomie, se dit de ces astres qui se lèvent au coucher du Soleil ou qui se couchent au lever du Soleil (phénomène astral qui est aussi courant dans les psychoses, et que j'ai moi-

2016). Pour la psychothérapie institutionnelle, il s'agit là encore de « greffer » dans ces existences une sorte de temps social et institutionnel, non pas bien sûr dans une visée adaptative et normalisante, mais bien de manière à rendre ensuite possible quelque chose dans ses interstices, quelque chose comme une rencontre, un événement, un désir, quelque chose de l'ordre du *kaïros*.

Dans mes premiers jours à La Borde, je me suis moi-même souvent senti profondément *achronique* – je ne l'étais sans doute que légèrement, à bien y repenser, mais tout de même beaucoup plus que la majorité des pensionnaires de la clinique. Je me sentais – et j'étais – constamment en décalage, non pas tant peut-être avec le *chronos* labordien – j'avais l'horaire dans ma poche, ce qu'on appelle ici la G.H.A., pour « grille hebdomadaire des activités », que je regardais régulièrement pour (essayer de) m'y retrouver parmi la ou les centaines d'activités qui y sont programmées chaque semaine –, mais plutôt avec un certain *rythme* propre à La Borde, une certaine manière de vivre ce *chronos*, sans doute marqué(e) par le *kaïros*. Je ne compte plus le nombre de fois où, dans les premiers jours, je me suis retrouvé seul, dans un lieu où une activité ou une réunion devait avoir lieu (en principe, selon la G.H.A.), à « attendre comme un con », pour reprendre l'expression que j'avais clairement perçue dans le visage de cette monitrice qui m'avait demandé, devant le château, ce que je foutais là... à attendre – « comme un con » (cf. *supra* : §4.3.6). *Qu'est-ce que je fous là ?* – la question-axiome ressurgit partout, même là où on l'attend le moins, mais peut-être là où on *attend* le plus. Telle réunion prévue à 14h selon la GHA (et la feuille de jour) ne commencera finalement que 40 minutes plus tard ; telle autre activité, pourtant bien inscrite à la feuille de jour, a été annulée, ce qui a été annoncé à une autre réunion prévue à 14h – en même temps que l'autre qui a commencé à 14h40 –, mais qui, elle, n'a commencé qu'à 14h15. J'arrive finalement en retard – du moins croyais-je qu'il s'agissait d'un « retard », et m'en excusai-je – à un atelier annoncé pour 14h30, auquel je suis finalement arrivé à 15h30 – alors qu'avaient aussi lieu au même moment, ailleurs dans la clinique, trois ou quatre autres ateliers ou réunions annoncées, et sûrement autant qui ne l'étaient pas. Et ainsi de suite, tous les jours. Impression non seulement d'être en décalage – et pas seulement « horaire » –, mais aussi de toujours louper quelque chose, de manquer quelque chose, de ne pas être au bon endroit au bon moment (et je ne pense être particulièrement sujet au fameux syndrome FOMO, pour *fear of missing out*, ou « peur de manquer quelque chose », dont on entend si souvent parler aujourd'hui). Je me suis retrouvé quelques fois à marcher, seul, un peu perdu, dans une clinique presque déserte, pourtant en

même expérimenté plus d'une fois, de manière disons non psychotique, pendant mon séjour à La Borde) ; par extension, se dira aussi de ce qui se situe hors du temps ou des repères chronologiques couramment admis.

plein milieu de journée, à me demander où peuvent bien être « tous les autres » ; j’ai appris plus tard qu’ils étaient à la réunion de 14h – du moins beaucoup d’entre eux.

C’est néanmoins par et à travers cette légère achronie des premiers jours que j’ai commencé à apprivoiser quelque chose du *chronos* et surtout des rythmes labordiens, comme si mon propre décalage ne faisait que les rendre plus manifeste, comme s’il offrait un point de vue privilégié sur ces rythmes et ces temps auxquels je peinais à arrimer les miens propres, sans doute encore trop pris dans un *chronos* universitaire et dans le temps social dominant (une chance, peut-être, car j’aurais sans doute manqué l’avion qui m’a amené à La Borde). C’est peut-être aussi à travers cette impression de toujours « manquer quelque chose » – expérience d’un manque dont on pourrait croire qu’elle est elle aussi « programmée » à La Borde, tellement il y a toujours trop de choses qui se passent en même temps, tellement il est impossible de « tout faire » –, à travers mes attentes et mes retards aussi, qu’a commencé à se poser la question de mon désir d’être là – *qu’est-ce que fous là (à attendre) ? qu’est-ce que j’attends ? pourquoi suis-je ici plutôt qu’ailleurs ? et si j’allais voir/désirer ailleurs pour pouvoir être/revenir ici ?* Je comprenais qu’il allait peut-être moins s’agir de simplement prendre le rythme labordien, de simplement m’approprier le *chronos* de la clinique, que d’y arrimer mon propre rythme, mon propre temps, et surtout quelque chose de mon propre désir, en tout cas (d’abord) de mon propre fantasme.

Ça se fait plus ou moins rapidement et graduellement, plus ou moins difficilement aussi, au fil des jours et des semaines, et de manière assez imperceptible : une certaine « routine » commence à s’installer et à rythmer les journées, des habitudes sont prises – si l’habitude est bien d’abord une manière d’« habiter » l’espace-temps –, des repères spatio-temporels et institutionnels sont trouvés, des rencontres importantes sont faites. C’est peut-être le meilleur angle – celui des routines, des habitudes, des repères... – pour décrire le *chronos* labordien, du moins si l’on garde à l’esprit que celui-ci est avant tout structuré par et autour de ce qui lui échappe, de ses lignes de fuite et de désir, et donc de manière à favoriser l’émergence d’un *autre temps*, d’une autre temporalité – celle du *kairos*. Si l’on garde à l’esprit aussi que ce *chronos* labordien est lui-même multiple, hétérogène – il s’agit non pas d’un seul temps homogène, d’une temporalité ou d’un rythme uniques, mais d’une multiplicité de temps qui sont eux-mêmes précaires, changeants, toujours en devenirs, toujours autres, même par rapport à eux-mêmes, et qui ne se cessent de s’entrecroiser, de se tisser les uns aux autres, les uns dans les autres (la temporalité de la cuisine, par exemple, n’est pas celle du 207 ni celle du S.A.M. dans un secteur donné, mais on pourra penser qu’elles entrent dans un certain rapport, et que toutes ces temporalités finissent par s’articuler – plus ou moins

fluidement – pour produire ce qu’on peut appeler un temps labordien, hautement *hétérochronique*). Si l’on garde à l’esprit, enfin et surtout, que cette description se fait forcément à partir de mon propre rythme singulier, de mon propre *chronos*, et de mes propres désirs et fantasmes, aussi, que j’ai cherché à articuler à ceux de La Borde pendant une période précise et très succincte de son histoire – de novembre 2021 à janvier 2022, en gros. On pourra d’ailleurs penser que la temporalité labordienne n’est pas du tout la même pendant ces sombres mois d’hiver que pendant les lumineux mois d’été (je peux en attester pour y être retourné quelques fois en juillet et août) – ce qui révélerait peut-être une troisième dimension temporelle, après le *chronos* et le *kairos*, à savoir l’*aiôn*, qui était notamment, chez les Grecs, cette dimension cyclique du temps (cf. Oury et Faugeras, 2016).

La Borde ne se réveille que bien lentement le matin, entre 7h et 9h ; il faut dire que le soleil ne se lève lui-même – bien timidement, souvent à travers le brouillard – qu’à 8h en décembre, en France, et même vers 8h30 au solstice d’hiver, jour le plus court de l’année... et nuit la plus longue, que j’aurai donc connue à La Borde. 7h, heure surtout symbolique, en fait : c’est l’heure où deux moniteurs « de jour », ceux qui font le « 7-15 », arrivent pour prendre la relève des deux moniteurs « de nuit », après une transmission qui a lieu à l’infirmerie des Pilotis, camp de base des moniteurs de nuit. Ces moniteurs du 7-15, comme les moniteurs de nuit d’ailleurs (qui, eux, sont là de 23h à 7h), sont « itinérants », c’est-à-dire qu’ils ne sont pas rattachés à un secteur spécifique, mais vont d’un secteur à l’autre pour accompagner les pensionnaires qui sont déjà réveillés ou se réveillent lentement, et notamment ceux qui ont des besoins spécifiques. D’un secteur à l’autre, mais souvent surtout – ensuite – au Rez-de-chaussée du Château, qui est certainement le lieu-secteur qui s’anime le plus tôt dans la clinique : le petit déjeuner y est servi – en « libre-service » – à partir de... 7h, ici aussi, et jusqu’à 9h30. Je m’y suis souvent retrouvé le matin, après un indispensable premier café au Local, pour commencer la journée dans son ambiance encore endormie et désorganisée qui tient sans doute largement à ce « libre-service », mais qui se traduit aussi par une sorte de libre circulation tous azimuts, et donc par une forme de spontanéité dans les rencontres et échanges. La cuisine, au nord du Rez-de-chaussée, joue certainement un rôle dans cette animation précoce du Rez-de-chaussée : on y commence, là aussi dès 7h, la préparation des repas du jour, ce qui donne lieu au premier atelier – quotidien – de la journée, l’« atelier pluches », parce qu’on épluche – des patates, des légumes –, ce qui n’exclue pas qu’on mette aussi « la main à la pâte » pour d’autres tâches de cuisine, même quand il n’y a pas de pâte(s) au menu.

Ailleurs dans la clinique, les choses ne prennent véritablement – mais toujours lentement – leur envol qu'autour des 9h, autre heure symbolique marquée par l'arrivée de dizaines de moniteurs, stagiaires, médecins, employés, dont plusieurs se réunissent alors au B.C.M. pour les transmissions du matin (les deux moniteurs qui sont arrivés à 7h, pour le « 7-15 », y jouent un rôle important pour assurer une forme de continuité clinique entre la veille, la nuit, le matin et ce jourd'hui). Quand tout ce beau monde sort du B.C.M. vers 9h30 – la plupart seront là pour la journée, jusqu'à 17h – et se distribue dans les différents secteurs de soin pour les S.A.M., La Borde commence à grouiller de partout – avec des corps et des esprits qui s'activent et bo(u)rdonnent dans toutes les directions. Le « temps des S.A.M. » à La Borde, pour reprendre l'expression de Polack et Sabourin (1976 : 61-2), qui s'ouvre avec l'Orange Accueil à 9h30 et s'étend typiquement sur toute la matinée, jusqu'au premier service du déjeuner (dîner), à midi, est en effet marqué par une intense activité tous azimuts :

Il est chaque matin à La Borde un temps à l'achèvement duquel toute vie semble suspendue, la fonction S.A.M., soins, animation, ménage. Rencontres, balais, médicaments, serpillières, piqûres, petits déjeuners, c'est un peu le moment de confusion des corps, entre ceux qui s'éveillent et ceux qui viennent là, « travailler ». [...] Qu'il soit, suivant les époques ou les lieux, négligé ou élaboré, le temps des S.A.M. a la fragilité même de cette zone où se prolongent nuits heureuses ou cauchemars. Moniteurs, pensionnaires, médecins, stagiaires, encore infiltrés de cette crudité qu'est la folie du petit matin, échouent là quelque chose de leurs corps défaits par la trêve du sommeil. Les S.A.M., c'est un peu l'art de ne pas écraser ce laisser-aller du sensible. Puisqu'il est tôt, rien n'est urgent. [...] L'art de « faire les S.A.M. » reste voué à un éternel compromis. Il oscille entre le souci d'assurer un minimum médico-hôtelier et celui de prolonger ce temps fragile des rencontres matinales [...].

Même s'il n'est pas toujours très structuré ni très élaboré – notamment afin de laisser place à ce *kairos* des rencontres matinales –, ce temps des S.A.M. est néanmoins toujours très *structurant* non seulement dans la vie et la temporalité de toute la clinique, mais aussi donc dans celles des pensionnaires, et par là dans tout le travail, notamment transférentiel, des moniteurs et stagiaires, entre autres en ce qu'il implique une très grande proximité et même une intimité avec les pensionnaires ; j'y ai moi-même noué plusieurs relations avec des pensionnaires autour de soins et du ménage, avec l'un qui me demandait (presque) chaque jour de l'aider à faire son lit (mais c'était manifestement une manière de créer un lien), avec l'autre qui peinait à se lever seule pour se rendre à la toilette et commencer la journée... En ce qu'il touche directement au corps – éclaté sinon morcelé dans la psychose – et à ce qu'on appelle souvent à La Borde ses « entours » immédiats (Oury, 1998a : 10) – les vêtements, le lit, la toilette et la douche, les médicaments, la chambre, l'espace –, qui sont toujours (le corps comme ses entours) très précaires, fragiles, et donc toujours (tous les jours) à reconstruire avec les sujets psychotiques, le S.A.M. se révèle en

effet crucial, entre autres avec toutes les répétitions et routines quotidiennes qu'il met en jeu, pour produire une sorte de continuité spatio-temporelle et même corporelle dans ces existences souvent éclatées, dissociées, discontinues, marquées par les ruptures et parfois les effondrements. Une continuité du soin, donc, pour produire ce que Winnicott (1969 ; 2000) appelait un « sentiment de continuité d'existence » chez des sujets où il fait souvent cruellement défaut (cf. aussi Oury, 1986 ; 1998a).

Si les S.A.M. occupent une bonne partie de la matinée des moniteurs et pensionnaires dans les cinq secteurs d'hébergement et de soin, d'autres activités plus ou moins hors-S.A.M. ou péri-S.A.M. commencent toutefois à se tenir un peu partout dans la clinique avant l'heure du déjeuner. À la garderie, tout à l'ouest, des enfants de moniteurs se trémoussent déjà dans tous les sens ; la lingerie est le lieu d'une intense activité lingistique (cf. *supra* : §4.3.6), alors que des charriots pleins de linge sale, conduits par de petites équipes de pensionnaires, moniteurs ou stagiaires, arrivent de tous les secteurs, pour repartir ensuite avec des linges propres ; à la pharmacie, on prépare les traitements de la journée pour tous les pensionnaires de la clinique ; à partir de 10h30, la Caisse de dépôt itinérante va de secteur en secteur pour permettre aux pensionnaires de retirer l'argent dont ils ont besoin pour la journée ; les premiers rendez-vous médicaux ont lieu, que ce soit autour du « 207 » ou à l'hôpital de jour, au premier étage du Château – etc. Le Rez-de-chaussée, qui a son propre S.A.M. – en tant que secteur de soin –, s'anime lui aussi au fil de la matinée, entre autres avec l'arrivée des patients de l'hôpital de jour par les premières chauffes, avec la préparation du déjeuner à la cuisine – qui mobilise, en plus des cuisiniers, quelques pensionnaires et moniteurs –, mais aussi et surtout avec le Tabac, tous les jours (sauf le dimanche) à 11h, au Grand Salon, qui attire souvent les foules que les responsables – des pensionnaires, stagiaires ou moniteurs – cherchent tant bien que mal à contenir et à organiser en files. En plus du G.A.P. (Groupe d'accueil permanent) qui tient souvent sa permanence juste à côté, dans Salle des colonnes, une multitude de réunions hebdomadaires se tiennent aussi au Rez-de-chaussée (ou ailleurs) en fin de matinée, alors que le « temps des S.A.M. » semble s'étioler : par exemple, programmation du Cinéma les 3 clefs (lundi), comité des menus (une fois par mois, le lundi), comité de rédaction des *Nouvelles labordiennes* (mardi), préparation de la grande réunion du Club (mardi), réunion bibliothèque (mardi), réunion entretien (mercredi, à la Rotonde), réunion chauffe (jeudi, à la Rotonde), comité hospitalier (jeudi, aux Pilotis)... – etc. Si, à La Borde, principe général, le matin est le temps des S.A.M. et l'après-midi, le temps des ateliers, certains ateliers dont le caractère matinal revêt une importance ont néanmoins lieu (ou commencent) en avant-midi, comme le jardin (lundi et jeudi, surtout du printemps à l'automne), le poulailler (le mercredi), le fournil à pain (le dimanche)... Une cuisine collective a aussi lieu à « Rue de Signeulx » le mercredi toute la journée.

À 11h30, le Rez-de-chaussée commence à se laisser entraîner dans le rythme-ambiance du déjeuner, d'abord avec la mise des tables, un atelier qui relève là aussi du Club : une centaine de couverts sont installés par des pensionnaires, moniteurs et stagiaires sur les tables des principales salles du Rez-de-Chaussée. Le temps des repas a une grande importance à La Borde, et dans la psychothérapie institutionnelle en général, d'abord en ce qu'il est un temps partagé entre tous les Labordiens de tous les secteurs, et sans égard à leur « statut » : pensionnaires, moniteurs, stagiaires, employés, psychiatres... se retrouvent assis à la même table pour manger et échanger, le plus souvent à bâtons rompus ; une occasion importante de rencontres et parfois de transferts, en somme⁴². Certains repas, certaines tables sont néanmoins « thématiques » et sont des occasions de « réunions » plus ou moins formelles pour organiser ou réfléchir à certains ateliers ou instances de la clinique : par exemple, repas sport, cinéma et tabac (lundi), club et bar (mardi), service des tables et comité hospitalier (jeudi), poissons-pilotes (samedi)... Deux services sont proposés pour le repas de midi (midi et 13h, avec un « entre-deux » pour la remise des tables), sauf le dimanche (un seul service à 12h30), alors que le repas du soir est offert en un seul service, à 19h (la plupart des repas thématiques ont lieu au deuxième service du déjeuner). Comme je l'ai indiqué précédemment, des repas sont aussi servis ailleurs dans la clinique, dans de tout autres ambiances que celle du Rez-de-chaussée, notamment au Parc (le Ritz) et à l'Extension (le George V), aux premier et deuxième étages du Château (hôpital de jour, Local), mais aussi régulièrement au jardin, au poulailler... sans parler des repas spéciaux (pour des fêtes, par exemple) qui se tiennent occasionnellement, l'été surtout, à l'extérieur, devant ou derrière le Château.

Après la plonge et le grand nettoyage du Rez-de-Chaussée, qui relèvent là encore du Club et qui mobilisent donc un peu tout le monde après le repas (certains se plaignent bien sûr : « toujours les mêmes »...), La Borde entre de plain-pied dans l'après-midi, que l'on a pu décrire comme le « temps des ateliers », à 14h plus ou moins pétantes, heure symbolique là encore où se tient tous les jours, le plus souvent au Grand Salon (mais parfois aussi à l'extérieur, dans l'escalier menant à l'entrée principale du Château), le *R.A.I.L.* C'est la fameuse réunion de 14h qui ne commence pas toujours à 14h, à laquelle tout le monde était quand moi j'attendais seul (« comme un con ») le début d'une autre réunion à la Rotonde... (cf. *supra* : §4.3.8).

⁴² Les repas sont souvent considérés comme proprement *thérapeutiques* dans la psychothérapie institutionnelle, notamment en ce « qu'ils mettent en jeu toute la communauté hospitalière dans un autre rapport que celui des activités journalières classiques » (Pouillaude, 2014 : 50). Ces « repas thérapeutiques », comme on les appelle parfois, ont d'ailleurs été l'enjeu d'un combat important à Saint-Alban dans les années 1970, alors que le ministère de la Santé remettait en question, pour des raisons essentiellement budgétaires, leur pertinence – et surtout leur gratuité pour tout le personnel de l'hôpital... (cf. aussi Ayme, 1995).

Le R.A.I.L. porte ce nom pas seulement parce qu'il vise à mettre tout un chacun sur les « rails » de l'après-midi, mais aussi comme acronyme de « Réunion d'accueil et d'information labordienne » (mais là encore, comme pour le S.A.M., il n'est pas rare d'entendre d'autres significations pour cet acronyme qui est devenu un signifiant institutionnel important à La Borde, entre autres autour du « petit a » ou « grand A » : ateliers, activités...). Généralement coanimée par un pensionnaire et un moniteur (ou un stagiaire, je l'ai moi-même fait quelques fois), elle consiste essentiellement à relire la feuille du jour pour annoncer les ateliers, activités et réunions de l'après-midi et de la soirée, tout en la mettant à jour avec les dernières informations disponibles (annulations, changements de lieux, etc.) et avec les personnes concernées – car le R.A.I.L. est avant tout un important rassemblement du Club qui réunit tous les jours des dizaines de personnes – pensionnaires, moniteurs, psychiatres... – particulièrement investies au Club et dans les ateliers, et où il est également possible de soulever diverses questions qui touchent à la vie collective. La plupart de ces « questions diverses » et toute l'organisation de cette vie collective sont toutefois surtout traitées, (a-)bordées et parfois débattues à la grande réunion hebdomadaire du Club, le mardi après-midi, à 14h, et qui se substitue alors au R.A.I.L. Réunion la plus importante du Club – et donc peut-être de la clinique –, elle a beaucoup plus qu'une simple fonction d'information et d'orientation comme peut l'avoir le R.A.I.L. quotidien, mais constitue une véritable instance décisionnelle pour (presque) tous les aspects de la vie collective, jusque dans ce qu'on pourrait appeler le *fine tuning* institutionnel (les « réglages fins » de l'institution). Ainsi, c'est à cette réunion du mardi que seront décidés non seulement l'organisation et l'horaire de tel ou tel atelier, ou d'une fête, mais aussi que sera débattue, conflictualisée et ultimement tranchée une question aussi pointue que celle-ci (débat qui m'a beaucoup marqué pendant l'une des réunions auxquelles j'ai participé) : est-ce qu'un pensionnaire ou un stagiaire qui reçoit une contravention (par ex. pour excès de vitesse) en faisant une chauffe officielle du Club doit payer de sa poche l'amende en question, comme c'était le cas jusqu'à ce que cette question soit soulevée un mardi après-midi ? La réponse peut sembler aller de soi pour plusieurs (c'était le cas à cette réunion, où quelques pensionnaires et psychiatres avaient semblé exaspérés que la question soit même soulevée), en cette ère où la responsabilité individuelle est devenue une norme puissante de nos sociétés... Mais le Club se méfie souvent de ces « ça va de soi », et il a notamment pour fonction de problématiser tout ce qui semble aller de soi, et certainement aussi de recollectiviser ce qui est souvent violemment individualisé par la normativité sociale dominante (cf. *infra* : §1.2.3). (Les pensionnaires et stagiaires n'auront donc plus à payer ces amendes.)

Alors qu'un petit groupe part tous les jours, après le R.A.I.L., pour une « marche digestive » qui a pris le nom de « J'y go ! » pendant que j'étais à La Borde – on allait souvent se perdre en dans les grands vignobles au sud de la clinique –, moniteurs et pensionnaires se répartissent un peu partout dans la clinique pour ce « temps des ateliers » qu'est l'après-midi. Il serait sûrement impossible – et de toute façon inutile – de dresser la liste complète des ateliers qui sont organisés à La Borde, tellement il s'agit au fond d'une énorme « masse » institutionnelle éclatée, mouvante, changeante, qui ne cesse de se transformer selon les saisons, selon les personnes – pensionnaires, moniteurs, stagiaires... – qui, à un moment, pour un moment, investissent la clinique et le Club de leur désir : de nouveaux ateliers sont créés presque toutes les semaines, d'autres disparaissent, se transforment ou fusionnent pour toutes sortes de raisons. Lors de mon passage, au moins une quarantaine d'ateliers d'après-midi se tenaient régulièrement, une ou deux fois par semaine pour la plupart, allant des incontournables activités sportives (tennis, basket ball, hand ball...), artistiques et culturelles (cinéma, théâtre, musique, écriture, bibliothèque...), voire interculturelles (Brésil, Japon, La Bord'Ivoire...), à des activités plus « pratico-pratiques » (cours au Auchan, coup de main...) ou manuelles (couture, artisanat, poterie, jardinage, entretien, bricolage, poulailler, soins des chevaux...), en passant par d'innombrables « inclassables », du moins selon ces catégories communes, et aux noms souvent poétiques (zênerie, papoterie, microgramme, pas de côté, perds pas le nord...). Certains ateliers sont de véritables institutions pérennes de la clinique, dont on aurait beaucoup de mal à imaginer la disparition tellement ils sont importants dans la clinique et son « paysage » : le journal *Les nouvelles labordiennes*, bien sûr ; le théâtre, qui monte plusieurs pièces par année et les présente généralement lors des grandes fêtes qui ponctuent l'année labordienne (celles de fin d'année et celle du 15 août, grande fête de La Borde), mobilisant des dizaines de comédiens, musiciens, etc. ; la Kalo (du grec *Kallos*, qui signifie « beauté »), qui est l'atelier coiffure et esthétique qui se tient dans un local dédié du Parc, les mercredis après-midis ; le Fournil à pain, le Jardin, le Poulailler, les chevaux... et ce ne sont que des exemples. À 15h30 tous les jours, au Grand Salon, a aussi lieu le Bar, un autre atelier qui apparaît comme une véritable institution labordienne ; géré par la Club, il propose à bas prix des boissons – sans alcool bien sûr, mais souvent bien sucrées – qui en font, un peu à l'instar du Tabac le matin, un foyer d'attraction important et donc un espace-temps de rassemblement et de rencontres, marquant aussi pour plusieurs une pause dans l'après-midi, et ponctuant ainsi la journée. Le jeudi, le Bar se fait « itinérant » – c'est un atelier distinct, à part entière –, circulant dans tous les secteurs et lieux de la clinique pour distribuer gratuitement des boissons chaudes (en novembre...) ou fraîches (en été) – l'objectif initial étant de rejoindre ces pensionnaires qui sont peu enclins à se rendre au Château pour se procurer leur boisson.

Un foisonnement d'ateliers, donc, pendant tout l'après-midi. Et il ne s'agit là au fond que des ateliers au sens restreint du terme – et c'est en ce sens restreint que l'on peut parler de l'après-midi comme du « temps des ateliers », qui peut alors apparaître en quelque sorte comme un temps de « loisirs » et d'activités plus ou moins ludiques. Mais le terme d'atelier est aussi entendu à La Borde – et dans la psychothérapie institutionnelle – en un sens beaucoup plus large : au fond, on pourrait exagérer un peu et dire qu'à La Borde, *tout est atelier*, à condition de préciser : tout ce qui se fait collectivement et qui est institutionnalisé, autrement dit : tout ce qui passe par le Club – c'est-à-dire presque tout, justement. C'est ainsi que la plonge, la lingerie, la cuisine, la mise des tables, le ménage dans les S.A.M. ou ailleurs, le tabac, les chauffes, la comptabilité... sont aussi considérés à La Borde comme des ateliers – au sens large – et mobilisent donc aussi bien pensionnaires que moniteurs. Ce dernier point est en fait fondamental, car c'est bien sûr le sens premier de tous ces ateliers et même du Club lui-même : il s'agit pas tant de « divertir » ou même d'« occuper » des pensionnaires qui autrement s'ennuieraient, peut-être encore moins de les « activer », comme on l'entend aujourd'hui pour beaucoup de programmes sociaux – français et québécois – qui visent une réinsertion par et pour le travail productif, fût-il d'abord bénévole –, mais bien davantage, et bien sûr, *de créer des occasions de rencontres, des occasions et des supports de transferts, de multiplier les relations qui seront susceptibles de devenir proprement transférentielles, qui seront susceptibles d'être analysées et « travaillées », et ultimement de soigner* (Oury, 1986). D'où le beau titre du livre d'Emmanuel Rozier (2014), *La clinique de La Borde, ou les relations qui soignent* – car ces relations, rencontres et transferts demeurent incontestablement le principal levier thérapeutique dans la psychothérapie institutionnelle (comme dans la psychanalyse), et c'est pourquoi tous ses dispositifs de soin, comme les ateliers, et toutes son ou ses institutions, sont conçus de manière à les favoriser, à « mettre de l'huile dans la machine transférentielle », comme le dira avec éloquence un moniteur dans une réunion de la « ComStages ». C'est aussi pourquoi, dans un atelier quelconque, l'accent est rarement mis sur l'objet même de l'atelier (la poterie, le journal, le basket...), sinon sur son objet dit institutionnel et objectal, objet *a* ou *b* (cf. *supra* : §4.2.9), mais plutôt sur tout ce qui se passe autour de cet objet : des sujets, des paroles, échanges, relations, rencontres, transferts, fantasmes – et quelque chose comme une « ambiance » qui les sous-tend et les soutient. Un peu comme pour le ménage et les S.A.M., donc, un atelier qui deviendrait trop performant ou trop productif, trop axé sur son objet et sur ses résultats (faire de belles poteries, gagner la partie de basket, etc.), pourrait rapidement être suspecté d'entretenir une certaine aliénation (dans cet objet, justement), laquelle se traduit souvent aussi par une forme d'exclusion et de cloisonnement (l'atelier risquant de se refermer sur lui-même et sur son objet, tel un petit royaume ou une chasse-gardée, où ne s'y sentiraient à l'aise et bienvenues que les personnes les plus

« performantes ») (cf. Oury, 1986). Là encore, une sorte de « greffe de Club » se révèle parfois utile ou nécessaire, de manière à « rouvrir » l'atelier sur l'institution, à s'assurer qu'il replace sa fonction soignante au cœur de ses préoccupations – fonction qui passe donc avant tout par les rencontres, les relations qui se tissent entre des sujets autour d'un objet. Le « temps des ateliers » apparaît ainsi comme un *chronos* (l'après-midi, de 2 à 5), mais qui est pensé et vécu de manière à produire du *kairos*, cet Autre du *chronos*, ce temps autre qui est celui des rencontres, qui est celui du désir.

Dans ce foisonnement d'ateliers – presque vertigineux quand on arrive à La Borde –, on retrouve bien sûr ce même principe d'hétérogénéité qui se révèle central dans toutes les dimensions de l'institution, et toujours avec la même justification, dans la même logique dite de singularisation : *maximiser les possibilités de transferts*, et notamment de transferts psychotiques – dissociés, multiréférentiels – qui requièrent cette hétérogénéité pour se manifester pleinement. Un autre principe cardinal de la psychothérapie institutionnelle – corollaire de celui d'hétérogénéité –, apparaît toutefois aussi de manière évidente dans ce foisonnement tous azimuts du « temps des ateliers » : la *créativité* ou *l'inventivité*, dans lesquelles Oury (1986) voulait d'ailleurs voir une *fonction (ingenium)* importante de l'institution et du collectif – et donc du Club –, étant à la fois ce qui est au plus près du sujet et de sa singularité – son désir –, mais aussi ce qui est le plus à même de les manifester (transfert). En un mot, l'hétérogénéité est le produit d'une multiplicité de singularités désirantes et qui, désirant, inventent, créent, produisent et... se rencontrent à travers leurs créations. Il y a certainement quelque chose d'un bricolage institutionnel ici, toujours à reprendre, à recommencer, grand *patchwork* ou mosaïque jamais achevé, toujours en mouvement et en recomposition, et qui suppose toujours aussi un jeu d'essais et d'erreurs – erreurs qui n'en sont jamais vraiment –, une part de risques, d'audace et de hasard : et si on faisait « ça » ? quels en seraient les effets ? comment « ça » modifierait le reste – les autres ateliers, l'institution elle-même ? quelles personnes dans l'institution pourraient changer leur trajectoire habituelle, leurs trajets quotidiens, pour venir faire « ça » ? Avec quels effets potentiels sur leur trajectoire existentielle ? Et comment le savoir sans essayer, sans le faire ? Il y a sûrement déjà là une sorte de leçon, ou sinon d'« apport potentiel de la psychothérapie institutionnelle au travail social », pour reprendre ce qui doit être le titre (et la question) de cette recherche. *Ingenium*. J'ai noté quelque part dans mes notes de terrain un mot simple : *in(ter)vention*, comme pour (me) rappeler que dans *intervention*, il y a, il devrait toujours y avoir *invention*. Autrement dit : *désir*. On l'oublie tellement souvent, on voudrait tellement nous le faire oublier pour nous rabattre sur ces protocoles ou modèles d'intervention standardisés, uniformes et universels qui évacuent toute singularité, tout désir, au nom de l'adaptation sociale.

« *Et si on en faisait une, radio ?* », m’a lancé un soir très tard, au Local, un stagiaire qui était déjà devenu ami, alors que je lui racontais avoir fait de la radio pendant mon adolescence à Montréal (dès 15 ans, j’étais en effet metteur en ondes et animateur à CIBL 101,5 FM). Projet fou, ambitieux, audacieux, *a fortiori* pour des stagiaires de passage. Mais quelques semaines plus tard, et après avoir soumis l’idée au Club lors de sa réunion du mardi, la toute première émission de *Radio Patate*⁴³ – la radio de La Borde – était diffusée à la fois sur le Web et sur les ondes hertziennes – grâce à un petit émetteur « pirate » installé au deuxième étage du Château – dans le cadre du Bar à thé, qui est l’atelier festif – un autre ! – animé par les stagiaires le vendredi soir au Grand Salon. Né au hasard d’une rencontre entre deux stagiaires – et leurs désirs – un soir de décembre, puis de plusieurs rencontres entre plusieurs stagiaires et pensionnaires, cet atelier radio produira ensuite, à son tour, un nombre incalculable de rencontres, de relations, d’échanges. La première émission de Radio Patate coïncidait avec la fin de mon séjour à La Borde, et je n’ai pas pu suivre en détail l’évolution de ce nouvel atelier dans les mois suivants ; je sais seulement que la Patate a connu plusieurs morts et plusieurs renaissances (in)attendues, comme beaucoup d’ateliers à La Borde. L’été dernier, soit plus d’un an après mon séjour à La Borde, j’ai eu la surprise de recevoir un courriel d’une monitrice m’informant que Radio Patate allait diffuser son émission spéciale du 15 août (grande fête annuelle de La Borde) sur les ondes publiques d’une radio associative de Blois, Studio ZEF 91,1 FM⁴⁴. Une première – et une petite consécration – pour cet atelier auquel je n’aurai participé – bien humblement et timidement – qu’à la création, mais qui aura été porté ensuite par de nombreux stagiaires, pensionnaires et moniteurs.

Créativité, foisonnement, hétérogénéité : ça peut sembler génial, et ce l’est sûrement pour qui a déjà goûté à l’homogénéité et à l’uniformité abrutissantes, mortifères, de beaucoup d’hôpitaux psychiatriques, que Oury (1986 ; 1998a) comparait d’ailleurs souvent à des *nécropoles*. Mais il y a aussi un risque permanent qui guette l’institution dont les pratiques sont guidées par ces principes : en un mot, celui que ça parte dans toutes les directions, que l’hétérogène « tourne » – comme un mauvais vin – et bascule dans l’hétéroclite, dans le pur disparate – car « l’hétérogène, c’est de l’hétéroclite qui a été travaillé », résumait Oury (1986 : 183), de même que « l’agressivité, c’est de l’agression qui a été travaillée ». L’analogie du *patchwork* peut sans doute être prolongée ici : l’hétéroclite, ce seraient les morceaux disparates avant qu’ils ne soient tissés et rassemblés pour en faire un *patchwork* – hétérogène – qui tient en un ensemble.

⁴³ Ce nom se voulait un hommage à la Radio Tomate de Félix Guattari et ses acolytes, radio libre qui a existé à Paris de 1981 à 1983 (cf. Prince et Videcoq, 2005).

⁴⁴ Il est possible d’écouter cette émission spéciale sur le site Web de Studio ZEF : www.studiozef.fr/emissions/evenement/le-15-aout-a-la-borde-avec-radio-patate

La ligne est toujours fine entre l'hétérogène et l'hétéroclite, et commande la plus grande vigilance institutionnelle. Car ce risque permanent, celui d'un éclatement mais aussi, donc, d'un cloisonnement, encore, se révèle particulièrement dangereux dans le travail clinique avec les psychotiques, l'institution risquant alors de simplement reproduire – et donc accroître – l'éclatement, la dissociation et la désorganisation caractéristiques des psychoses. À cet égard, le Club joue certainement un rôle de premier plan dans tout ce travail de tissage et de coordination permanent qui vise à rattacher, à rassembler, à réunir, à recueillir les différents morceaux-signifiants du *patchwork* institutionnel pour les faire tenir ensemble, dans un ensemble-discours certes hétérogène et plus ou moins cohérent, certes toujours ouvert et inachevé, mais dont on peut dire qu'il fait « un », qu'« y-a-d'l'Un » (Lacan, 2011 ; Oury, 1986) – et dans lequel le sujet psychotique pourra en venir à se reconnaître, comme dans une sorte de miroir, par lequel il pourra lui-même en venir à se rassembler, à réunir les différentes parties de sa vie psychique qu'il avait « éclatées » aux quatre coins de l'institution (Oury, 2001 ; Oury et Faugeras, 2016). Ce ne sont pas seulement les grandes réunions du Club – du mardi et du vendredi – qui remplissent cette fonction essentielle, mais aussi tout un ensemble de plus petites réunions hebdomadaires – comme cette réunion *inter-ateliers*, qui vise précisément à créer des ponts, à tisser des liens entre les ateliers qui risqueraient autrement de se refermer sur eux-mêmes, de se cloisonner –, toute son organisation en « cartels » – petits groupes qui rassemblent chaque semaine des personnes de différents ateliers d'une même « famille » ou d'un même lieu (par ex. : cartel sport ou artisanat) – et bien sûr ses différentes instances, à commencer par son Secrétariat, qui est sans doute la pierre angulaire du Club. Ce n'est peut-être pas un hasard, d'ailleurs, si le Secrétariat du Club tient une permanence tous les après-midis, de 14h à 17h, pendant ce temps des ateliers donc, comme s'il s'agissait de maintenir un point fixe ou stable, « permanent » justement, dans tout ce mouvement, un point autour duquel les autres éléments pourront graviter et donc rester rattachés à l'ensemble. Cette permanence, qui se tient le plus souvent au local du Secrétariat, au premier étage du Château, mais qui est parfois mobile selon les circonstances – je l'ai faite quelques fois au Rez-de-Chaussée –, est aussi l'occasion de faire la feuille de jour du lendemain à partir de la G.H.A. et des informations transmises au Secrétariat du Club – feuille de jour dont on voit peut-être mieux maintenant l'importance institutionnelle et symbolique, en ce qu'elle contribue fortement elle aussi à rassembler tous ces éléments qui autrement pourraient être disparates – ateliers, activités, réunions, etc. – en un ensemble institutionnel hétérogène mais structuré, dont elle pourra apparaître comme un des symboles forts et même une « garantie symbolique » (Oury, 1998a : 141).

Entre 16h30 et 17h, la clinique change tranquillement – mais radicalement – d’ambiance, alors que les ateliers tirent à leur fin et que beaucoup de moniteurs convergent lentement vers le B.C.M. pour les transmissions de 17h. Cinq moniteurs frais et dispos – un par secteur – arrivent alors pour faire le « 17-23 », autrement dit pour la soirée labordienne. Plus que le « 17-23 » lui-même, auquel je me suis souvent grillé à l’Extension et ailleurs –, j’ai toujours beaucoup aimé le 17-19, soit le « 5 à 7 », comme on dirait en québécois, sorte d’*happy hour*, heure heureuse – non alcoolisée – qui succède immédiatement à l’effervescence des ateliers et qui précède celle du dîner-souper, servi à 19h. On s’y sent effectivement, un peu partout dans la clinique, comme dans un « entre », un entre(-temps) qui n’est sûrement jamais loin du *hors(-temps)*, en tout cas du *hors-chronos*, dans lequel rien ne semble programmé sauf le hasard (Oury, 1998a : 219). Il y a bien *de temps à autres* un film projeté sur le grand écran du Grand Salon, un atelier musique au Petit ou Grand Salon qui participe à l’ambiance de cette heure heureuse, quelque réunion ou groupe de lecture à l’Association culturelle ou à la Rotonde – qui prend souvent alors les allures de véritable « 5 à 7 » –, mais globalement, dans les secteurs d’hébergement comme au Rez-de-chaussée du Château, l’ambiance a quelque chose de presque feutrée, des pensionnaires – et quelques stagiaires – vont et viennent sans but apparent, s’arrêtent ici ou là pour prendre part à une conversation impromptue, pour jouer quelques notes au piano du Grand Salon, pour lancer une partie de tarot. J’ai certainement vécu quelques-uns de mes plus beaux moments à La Borde dans cette heure heureuse, dans cet « entre-temps » suspendu. À l’Extension, souvent, où je faisais le 17-23, après avoir fait une tournée des chambres pour saluer tous les pensionnaires présents, quelques-uns d’entre eux réapparaissaient ensuite souvent à l’infirmerie pour bavarder, un s’allongeant sur le petit lit qui y est installé, un autre s’assoiant sur la petite banquette, une autre sur le siège de son déambulateur, un dernier restant debout dans le cadre de porte, avec à la main son petit radio portatif qui diffusait une musique punk-rock des années 1990, alors que la monitrice préparait les traitements (médicaments) du soir. Discussions décousues, éclatées, mais souvent tellement riches, authentiques, spontanées, comme on finit par les aimer tant quand on travaille au quotidien avec les psychotiques, et qui produisent souvent des « perles », *perles de transferts* pourrait-on les appeler, paroles ou mots inattendus, signifiants presque magiques autour desquels semble se nouer quelque chose comme une relation transférentielle, semble survenir un événement, l’événement d’une rencontre, d’une rencontre marquée par un désir.

Similairement, un soir glacial de décembre, alors que le soleil venait de se coucher derrière les cèdres et que toute la clinique semblait gelée, immobile, j’étais resté au Grand Salon avec quelques pensionnaires, dont celui avec qui j’avais noué une relation autour de ce mystérieux jeu de cartes, le *méchin-méchin* – en

voilà sans doute un, signifiant magique –, un autre (« *je ne veux pas vous connaître* ») qui jouait au piano une merveilleuse mélodie mélancolique, un troisième – de l'Hôpital de jour – qui s'affairait encore à la comptabilité-inventaire du Bar, et que je connaissais bien pour avoir déjà fait quelques Tabac avec lui.

– *Aaah, ça pèle le cul, ce froid de canaille*, a lancé ce dernier.

– *Ouais, ça caille à s'en geler les miches*, a répondu mon partenaire de *machin-méchin*.

– *Je dirais même plus : y fait frète en esti*, a voulu renchérir à la Dupont et Dupond une stagiaire belge qui arrivait au même moment, comme pour me signifier qu'elle avait bien appris les leçons de québécois et de joual qu'elle prenait depuis quelques semaines.

– *Eh ben, on fait un feu ?* ai-je proposé en pointant la cheminée.

– *Non y'a plus de bois, on doit faire un atelier pour en rapporter*, m'a refroidi le comptable d'un jour, également très investi au Club.

– *Ben on va en chercher*, a suggéré le joueur de *méchin-méchin*, précisant aussitôt que le « on » exclut toujours forcément la personne qui parle.

« On » s'est donc retrouvé – le comptable du jour et moi – dans les bois au sud du Château, pas très loin de ce qui était jadis la maison d'Oury, dans le noir et dans le froid humide, les pieds dans des flaques d'eau qui commençaient à geler, à chercher du bois à lumière de nos téléphones portables (bois qu'on a finalement surtout trouvé près du local de l'entretien) ; je commençais à mieux comprendre ce que ça voulait dire, faire une « recherche de terrain » à La Borde : ça impliquait de se mouiller un peu les pieds avec les pensionnaires (en en riant autant que possible). On était très attendu quand on est rentré au Château par la rue de Rivoli : plusieurs pensionnaires et stagiaires s'étaient joints au petit groupe, informés qu'un feu allait être bientôt allumé. Mais ce n'était pas gagné : le bois était mouillé, et notre projet semblait avant tout voué à démonter un vieux mythe, à démontrer qu'il *peut* en fait y avoir de la fumée sans feu, beaucoup de fumée même. C'est ainsi que je me suis retrouvé, avec un pensionnaire, allongé de tout mon long sur le plancher du Grand Salon, devant la cheminée, à souffler sur de ridicules braises évanescences de papier journal. Je ne sais pas combien d'éditions du journal *Le Monde* – auquel le Club est abonné et qui traîne souvent dans la Salle des colonnes, juste à côté – ont été nécessaires, mais toujours est-il que la fumée a fini par trouver son feu, allumé par les récents et bruyants événements du monde entier. Entre-temps, car on était manifestement entré dans un entre-temps, la stagiaire « Dupondt » avait réussi à trouver la clé pour accéder au système de son du Grand Salon et à lancer la musique, ce qui a vite donné lieu à une sorte de cadavre exquis musical entre pensionnaires et stagiaires, et donc à quelques moments surréalistes. Le temps s'est d'ailleurs presque arrêté – pour moi à tout le

moins – quand une chanson a été lancée par un pensionnaire qui s’est aussitôt mis à se déhancher devant la cheminée, bientôt accompagné d’autres pensionnaires et stagiaires. Visage :

*Un homme dans une gare isolée
Une valise à ses côtés
Deux yeux fixes et froids
Montrent de la peur lorsqu'il
Se tourne pour se cacher [...]*

*We fade to gray
We fade to gray*

*Sens la pluie comme un été anglais
Entends les notes d'une chanson lointaine [...]
Espérant que la vie ne fut aussi longue*

— Visage, *Fade to Grey* (1980)

Je ne crois pas qu’il faisait alors beaucoup plus chaud dans le Grand Salon, mais il est certain que nous avons tous, soudainement, beaucoup moins froid. Il existe sûrement un rapport entre *température* (ressentie) et *temporalité*, peut-être par la médiation du rythme, justement : comme si on avait nécessairement plus chaud en s’approchant du *kairos*, de ce temps du désir – plus chaud d’une sorte de chaleur humaine, donc, qui est sûrement celle du désir là aussi. Je n’en ai pris conscience que plus tard, mais c’est peut-être à ce moment que je suis vraiment *arrivé* à La Borde, c’est-à-dire que je m’y suis vraiment laissé accueillir avec mes fantasmes et désirs. J’avais pris entre-temps un coup de vieux, je n’étais déjà plus un « nouveau » : j’avais sûrement traversé cette horreur, et avec elle surtout quelques fantasmes et fantômes, à me reposer sans cesse cette question abyssale que l’on ne se pose jamais que tard, quand on devient vieux, quand il est déjà temps de (re)partir – *question du désir*.

Nous avons seulement été rattrapés par le *chronos* lors de la mise des tables pour le repas du soir – lequel se déroule lui aussi dans une tout autre ambiance que le repas du midi, ne serait-ce que parce qu’il y a beaucoup moins de moniteurs qui y mangent – en général seulement cinq ou six au Rez-de-Chaussée, lorsqu’il y a aussi des repas au Ritz et au George V, cependant que beaucoup de stagiaires mangent entre eux au Local. Généralement pas de repas-réunions comme c’est le cas le midi, donc, sinon des « réunions » improvisées dans une ambiance souvent conviviale et légère : les plats à partager sont déposés au centre des tables (comme le midi d’ailleurs), quelqu’un va chercher les couverts manquants à la Plonge, un autre va chercher des pichets d’eau pour toute la tablée. Seuls les repas spéciaux, par exemple lors des fêtes –

comme Noël –, se font en mode « restaurant », avec des assiettes individuelles et même un sommelier qui fait le tour des tables pour servir le vin – fonction que j’ai eu le privilège d’occuper au jour de l’an !

Après la plonge, vers 20h, hormis quelques sorties occasionnelles ou régulières – au théâtre, à un match de « foot » ou de handball – et les films présentés quelques fois par semaine au Grand Salon ou quotidiennement au Cinéma des Trois Clefs, au Parc, le reste de la soirée se fait généralement aussi sur un mode largement improvisé, autour des infirmeries des secteurs ou dans les salles de télévision, alors que la majorité des pensionnaires retraitent vers les secteurs d’hébergement pour se préparer pour la nuit. Improvisé, mais souvent routinier aussi, entre autres pour les moniteurs qui sont seuls, dans chaque secteur, pour accompagner vers la nuit une vingtaine de pensionnaires, dont plusieurs ont besoin d’un soutien ou de soins particuliers pour entrer dans cette période de la journée souvent complexe pour beaucoup de personnes psychotiques. En décembre, c’est un moment que j’ai régulièrement choisi pour redescendre du Local au Rez-de-Chaussée – presque désert – et m’installer au Petit Salon, qui, à l’approche des Fêtes, avait été converti en véritable atelier-bazar de décorations de Noël. Je sortais quelques pinceaux, quelques feuilles, de la peinture, et je commençais à peindre quelque *nouvelle vague* – le thème de Noël qui avait été voté à la réunion du Club en novembre, chaque fête à La Borde ayant son thème. Je ne restais jamais seul bien longtemps dans ma nouvelle vague, toujours un ou deux pensionnaires passaient, s’arrêtaient, curieux, souvent captivés par le bleu profond de ladite vague, échangeaient quelques mots, et parfois s’installaient avec moi pour peindre. J’ai fait là quelques rencontres marquantes, souvent avec des pensionnaires qu’on ne voyait que très peu (ou pas du tout) au Rez-de-chaussée, dans la journée, qui ne seraient en tout cas jamais venus à un « atelier déco » en après-midi ; ils attendaient le soir pour sortir et investir le château vide.

En fin de soirée, avant de retourner à ma chambre glaciale pour dormir, et alors que les moniteurs du 17-23 convergeaient vers l’infirmerie des Pilotis pour les transmissions de nuit, je sortais souvent furtivement par la porte arrière du Château et j’allais marcher dans le noir, dans les vignobles derrière La Borde. Rares moments où j’avais l’impression de m’échapper un peu de la clinique – car même la nuit, mes rêves m’y ramenaient presque toujours, quand ce n’étaient pas les cris d’un pensionnaire en crise qui tournait autour du Château et passait donc sous ma fenêtre. Quand je rentrais par le petit chemin de terre qui, dans l’autre direction, mène au village de Cour-Cheverny, je finissais par apercevoir, à travers les arbres, les dernières petites lumières de La Borde en train de s’endormir – de ce sommeil que je savais léger.

Onze heures du soir, quand les lumières vacillent, plus proche du réel. Il est nécessaire de saluer les domaines limitrophes, les concepts hasardeux ; sans les épuiser. Respecter le cours du temps, suivre le fil des choses, les arborisations ; même par ces temps d'étiage, bien loin des déluges mystiques. La Borde, un lieu-dit où quelque chose peut encore se dire : seule condition pour pouvoir entendre, pour pouvoir s'entendre, [...] au plus proche de ce qu'on peut exciper de l'existence psychotique [...]. (Oury, 1980 : quatrième de couverture)

4.3.9 Désir et institution

Désir et institution. Les deux concepts ou notions peuvent apparaître presque antinomiques si on les entend dans leur sens courant, et donc pour le sens commun, pour ce qu'on a appelé précédemment la *doxa* dominante. C'est sans doute déjà le cas en France, mais ce l'est peut-être *a fortiori* au Québec, où l'institution vient en fait se confondre avec *l'établissement* ou le réseau (que l'on dit « institutionnel », justement) d'établissements publics et étatiques, dans lesquels on peine souvent à trouver la moindre trace de désir, dans lesquels tout désir semble écrasé et bridé à sa source par tout un ensemble de logiques et de processus juridico-administratifs, gestionnaires, technocratiques. C'est d'ailleurs en ce sens que l'on a pu parler de « désinstitutionnalisation », là où il s'agirait plutôt et d'abord, selon la psychothérapie institutionnelle – Tosquelles le soulignait parfois –, d'un « *désétablissement* » et d'une « désétatisation ».

Désir et institution. On a commencé à le sentir, à l'apercevoir, peut-être même à le comprendre tout au long de cette recherche, ces deux concepts sont, dans la psychothérapie institutionnelle, tout sauf antinomiques ; ils y sont en fait indissociables, intriqués qu'ils sont l'un dans l'autre, l'un ne pouvant être pensé sans l'autre. Ce n'est pas seulement – ni même d'abord – le cas sur un plan théorique ou conceptuel, mais aussi et d'abord sur le plan de la *pratique* concrète, quotidienne, de cette « pratique de l'institutionnel », ou encore de ce que Oury (dans Oury et *al.*, 1985 : 19) appelait la *praxis*, justement pour marquer qu'il ne saurait y avoir « de différence entre théorie d'un côté et pratique de l'autre »⁴⁵. *Il ne saurait donc y avoir non plus d'institution sans désir* – l'institution apparaîtra elle-même comme un sujet désirant, une *machine désirante* (Deleuze et Guattari, 1972), machine collective à produire et énoncer du désir –, cependant que le désir ne révélera son plein potentiel thérapeutique dans le traitement des psychoses qu'en étant libéré, canalisé, pris en compte et « cultivé » *dans l'institution*, dans quelque chose

⁴⁵ « Dans le champ de travail de la psychiatrie, au sens banal du terme, ce qui est en question c'est une praxis, c'est-à-dire non pas l'application d'une théorie sur une pratique, mais quelque chose qui est pris dans un ensemble, une articulation entre les– deux [...] : c'est ce que j'appelle théorisation ou même traduction permanente de ce qui est en question ; la praxis, c'est l'articulation entre des systèmes de structure symbolique et puis le Réel, pour reprendre les distinctions de Lacan [...] » (Oury, dans Oury et *al.*, 1985 : 19).

comme une structure socio-symbolique. C'est pourquoi on a pu d'emblée qualifier *cette* institution de *paradoxe* (cf. *supra* : §1.6.3), en ce sens où la conception et la *praxis* de cette institution dans la psychothérapie institutionnelle, qui reposent entièrement sur le désir, vont radicalement à l'encontre (*para*) de la conception et des pratiques dominantes et courantes de l'institution véhiculées par les discours sociaux dominants (*doxa*).

Désir et institution. Ce sont peut-être les deux concepts les plus fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle, sans lesquels aucun autre de ses concepts, aucune autre de ses pratiques ne seraient « pensables » ni possibles – concepts à travers lesquels on voit aussi se profiler encore ses « deux jambes » : la psychanalyse de Freud à Lacan (*désir*), les sociologies et les philosophies critiques de Marx à Foucault, en passant par l'École de Francfort et les anarchismes libertaires (*institution*). *Désir et institution, institution du désir* : peut-être pourrait-on et devrait-on en faire le titre de cette recherche, tellement ces concepts semblent permettre de cerner ce qui est sans doute l'essentiel de la psychothérapie institutionnelle – et de ses apports potentiels dans le champ d'un travail social –, ou du moins de l'expérience que j'ai pu en avoir. À cet égard, on aurait sans doute raison de critiquer les fondements mêmes de toute la présente recherche, en soulignant que ses concepts les plus importants, les plus fondamentaux justement – assez fondamentaux pour lui donner son titre –, n'y sont jamais clairement et précisément définis⁴⁶, voire qu'ils y sont clairement indéfinis. C'est vrai, comme il est vrai qu'à plusieurs moments en rédigeant ce mémoire, j'ai hésité à risquer, à tenter, ici une définition du désir, là une définition de l'institution, conscient que le flou dans lequel je maintenais – volontairement, donc – ces concepts fondamentaux pourrait devenir une lacune, sinon une faille dans l'ensemble de la recherche. J'ai pourtant chaque fois résisté, pour plusieurs raisons qui seraient en fait ma seule défense, ma seule réponse à ces éventuelles critiques. La première et la principale : *je ne savais pas*. Je ne savais pas, d'abord, avant d'aller sur le terrain, et même avant de commencer l'analyse des données que j'y ai recueillies, et même avant d'avoir commencé à rédiger ce mémoire, que ces concepts allaient être aussi fondamentaux dans la psychothérapie institutionnelle telle que je l'ai rencontrée et expérimentée à La Borde, ni donc

⁴⁶ C'est une critique qui m'a été souvent adressée dès les travaux préliminaires que j'ai effectués en vue de cette recherche de terrain. Je pense entre autres à un travail que j'avais réalisé dans le cadre du séminaire doctoral de psychologie dynamique et que j'avais intitulé « Groupes et analyse de groupe dans la psychothérapie institutionnelle : de ces espaces où un "Nous" peut advenir ». La professeure qui avait la charge de ce séminaire, Sophie Gilbert, s'était enthousiasmée pour ce travail, mais avait souligné dans ses commentaires que « la question de l'institution semble demeurer floue », ce qui était hautement paradoxal pour un travail sur la psychothérapie... *institutionnelle*. Cette critique pourrait bien sûr encore valoir pour l'ensemble de la présente recherche et du présent mémoire.

qu'ils allaient être aussi centraux dans toute cette recherche ; je pensais même, en arrivant à La Borde, et en repartant aussi quelques mois plus tard, que mon travail d'analyse et d'écriture allait plutôt s'appuyer sur le concept d'aliénation, et plus particulièrement de *double aliénation* – psychopathologique et sociale –, que d'aucuns ont pu identifier comme *le* concept fondamental de la psychothérapie institutionnelle (cf. entre autres Pouillaude, 2014).

Désir et institution. C'est seulement en rencontrant La Borde, et surtout en analysant cette rencontre dans et par tout ce travail d'écriture « ethno-auto-bio-graphique », que ces concepts se sont révélés de plus en plus incontournables pour cerner quelque chose de mon expérience de la psychothérapie institutionnelle – pouvant sans doute être considérés à cet égard comme de véritables *résultats* de la recherche, bien davantage que comme ses prémisses conceptuelles. *Je ne le savais donc pas*, au départ, et plus encore : je ne savais pas non plus, en arrivant à la Borde, *ni ce qu'est une institution* – et encore moins *l'institution* dans la psychothérapie *institutionnelle* –, *ni vraiment ce qu'est le désir* – et encore moins *mon* désir, notamment ce désir qui m'avait amené là. Je ne le sais toujours pas, certes, ce qu'est ce désir, le mien ou celui de l'Autre..., mais je sais aujourd'hui que l'un des principaux « résultats » de cette recherche de terrain est de m'avoir – parfois brutalement – jeté sur le chemin ouvert par cette *question* du désir : *qu'est-ce que le désir ? qu'est-ce que mon désir ? qu'est-ce que je fous là ?* C'est sans doute un paradoxe gênant que le principal résultat d'une recherche soit finalement une *question* ; autrement dit, on répond à une question – de recherche – par une autre question, *qui plus est insoluble*, mais dans laquelle on pourra néanmoins voir une sorte d'*axiome* éthique – d'une éthique du désir. Paradoxe gênant, donc, mais potentiellement productif dans et pour cette recherche, comme il l'est dans et pour la clinique, et d'autant plus que ce résultat paradoxal pourra sembler transférable, sur un plan éthique justement, dans le champ du travail social, dans tous les champs du travail social – on y reviendra bientôt, quand viendra le « temps de conclure ».

Désir et institution. Je ne le savais pas en arrivant à La Borde, je n'ai commencé à le comprendre qu'en en repartant, qu'en commençant à « réfléchir » cette expérience : cette recherche sur le terrain de la psychothérapie institutionnelle, au cœur de son institution donc, m'a avant tout jeté, presque à mon insu, sur ce *chemin du désir* – dont j'ai vite compris qu'il n'aurait pas de fin, qu'il serait infini, au sens de l'analyse infinie, et que je n'aurais donc d'autre choix que de le prolonger, de manière *indéfinie*, jusque dans ce mémoire. Il me paraissait dès lors essentiel, dans ce mémoire, de rendre compte de ce *chemin*, et donc de ce « cheminement vers le désir » qu'aura constitué toute cette recherche, qui est sans doute aussi, je ne

l'ai compris qu'en cheminant, le seul chemin, la *seule voie véritable pour accéder à l'institution* de la psychothérapie institutionnelle, en tant qu'elle est elle-même champ de désirs, *institution du désir*. Or loin d'obéir à une logique déductive – qui partirait de principes ou de concepts généraux pour aller en retrouver les cas particuliers dans l'expérience –, tout ce cheminement et toute cette recherche se voulaient dès le départ résolument *inductifs*, se donnant pour point de départ l'expérience particulière et même singulière – celle que j'ai pu avoir de la psychothérapie institutionnelle et de son institution, en faisant d'abord une sorte d'*épochéé*, de mise en suspens de mes jugements, opinions et préjugés : *je ne savais pas* – pour en venir ultimement, à travers cette expérience, à dégager quelques concepts, quelques principes, quelques idées, fussent-ils encore flous, indéfinis, voire hasardeux, comme le disait Oury (1980) – *on ne sait toujours pas, on ne sait jamais*. L'opposition classique du déductif et de l'inductif est sûrement d'ailleurs beaucoup trop schématique et donc insuffisante pour cerner ce dont il a été *question* dans cette recherche, à commencer par ce cheminement imprévu vers le désir et donc vers l'institution. Sans doute faudrait-il plutôt parler ici, non pas seulement de traduction ou transduction (cf. *supra* : §3.4), mais bien d'*abduction*, comme le proposait encore Oury (1998a), qui en a même fait un concept-clé de toute sa psychothérapie institutionnelle et la logique même – pragmatique – de son institution (cf. aussi Peirce, 1878). Contre la logique positiviste (et obsessionnelle, sinon paranoïaque) du « général » et du « fini », dominante dans nos sociétés, qui voudrait tout prévoir et tout calculer exactement, mais aussi tout voir (*pan-optique*), tout délimiter et tout définir (« chaque chose à sa place ») en éliminant toute contradiction, commencer à penser une « logique du vague », du flou, de l'in(dé)fini et l'invisible, de ce qui ne se (pré)voit pas, de l'aléatoire, du singulier, et donc de la rencontre et de la surprise, qui serait au fond la logique de l'existence et de la vie (quotidienne) avant qu'elles ne soient écrasées dans les grandes structures sociales aliénatoires, avec leur arsenal de règles et de lois et de statuts (Oury, 1986 ; 1992 ; 1998a). Oury (1998a) aimait citer un vers du poète espagnol Antonio Machado (1973) pour illustrer cette logique *abductive*, qui serait bien sûr aussi la logique du *désir* (inconscient) : « *Caminante, no hay camino, se hace camino al andar* », c'est-à-dire (traduction libre) : « Voyageur, il n'y a pas de chemin [tracé d'avance] ; le chemin ne se fait qu'en cheminant », au gré des rencontres, de ces petits événements qui forcent des détours, des hasards qui ne sauraient être déduits d'aucune loi générale (cf. aussi Oury et Faugeras, 2016 : 143). C'est d'un tel cheminement singulier – vers le désir, vers l'institution – que le présent mémoire a voulu rendre compte, s'il n'en est pas devenu un en lui-même, à part entière, avec ses propres détours hasardeux et ses propres rencontres, avec ses propres fantômes.

Désir et institution. Il ne pouvait dès lors s'agir de partir de concepts généraux et bien définis pour aller les déduire – en trouver les plates occurrences – sur le terrain, dans l'expérience dite concrète ; c'eût été certes bien plus facile et bien moins troublant, comme il est toujours bien plus rassurant de savoir précisément (et le plus souvent de trouver, donc) ce que l'on cherche. Il ne pouvait finalement s'agir que de retracer ou remonter le chemin, à rebours ou pas, mais par-delà tout commencement et toute fin, pour le raconter, pour en faire une histoire ou un récit, ou encore pour en faire la *carte*, mais un peu à la manière d'une peinture impressionniste, infinité de petites touches fragmentées, libres, insoumises et en elles-mêmes insignifiantes, mais dont on espère qu'elles pourront constituer un *ensemble* – fût-il flou et *non finito* – dont il sera possible d'extraire quelque chose comme une lumière, une vision, une « impression ». Ou mieux : une idée, un concept. Il y avait bien, au départ de ce mémoire, une sorte de pari impressionniste, ou peut-être même (néo-)baroque tout compte fait, sans doute lancé par son objet même, *a* ou *b*, objet (cause) du désir et (donc) de l'institutionnel (cf. *supra* : §4.2.9). Pari risqué, c'est évident. Comme il est vite devenu évident aussi qu'aucune autre démarche n'allait pouvoir rendre compte sérieusement et authentiquement de cet objet, que seule une démarche désobéissant à ces logiques déductive et inductive allait pouvoir commencer à cerner – et encore, imparfaitement – quelque chose de ce dont il était question. Il fallait tout déplier pour mieux faire voir (et suivre) tous les plis et les replis, pour mieux tout replier ensuite et faire apparaître, peut-être, quelque chose comme « *le* » *Pli*, comme un concept : *désir et institution, institution du désir*. Logique abductive, logique poétique avec ses métaphores et métonymies et leurs effets de sens (Oury, 1986), logique baroque du *pli*, sans doute par-delà « *le* » baroque même (Deleuze, 1988 ; Oury, 1992).

Désir. Il y a donc un paradoxe évident à vouloir définir *le* désir, lui qui obéirait manifestement à cette logique de l'in(dé)fini, du flou, de l'aléatoire. Même les plus grands spécialistes de la « définition » ont baissé pavillon devant le désir : « Il y a, dans toute conception de l'homme [de l'être humain], des notions trop fondamentales pour pouvoir être cernées ; incontestablement c'est le cas du désir dans la doctrine freudienne » (Laplanche et Pontalis, 2007 : 121), et sans doute plus généralement dans la psychanalyse. On pourrait certes parler des « premières expériences de satisfaction » infantiles, dont le désir chercherait précisément à rétablir les « signes », notamment sous forme hallucinatoire, onirique ou fantasmatique (Freud, 2003) ; il faudrait parler de cette « marque du signifiant » et du langage dans l'être du sujet, dont le désir serait le premier effet, en vertu du gouffre que le langage vient creuser entre le sujet et la chose, et donc dans le sujet (clivé) lui-même ; il faudrait sûrement encore, avec Lacan (1998), distinguer le désir du besoin et de la demande, pour montrer comment le désir est irréductible à l'un comme à l'autre,

comment il naît plutôt d'un écart entre l'un et l'autre ; il faudrait enfin et surtout parler du *manque* et, pourquoi pas, de la castration, dans lesquels toute la tradition philosophique et psychanalytique ont voulu voir la cause première et dernière du désir. Approcherait-on pour autant ici du désir, en essayant de le cerner ainsi, que ce soit par ses causes ou ses effets ? Ou ne s'en éloignerait-on pas plutôt tout en ayant l'illusion de s'en approcher ? Ou n'est-ce pas le désir lui-même qui, glissant, mouvant, fuyant, s'éloignerait... ? Bref, ne passerait-on pas nécessairement à côté, *a fortiori* si le désir dont il était question n'était finalement pas du tout là, dans ce manque et cette castration, ou même dans les rêves et fantasmes, mais qu'il était au contraire *ailleurs*, sur un autre plan (d'immanence), dans une *vie* qui ne manquerait justement de rien (Deleuze et Guattari, 1972) ? Il y a un paradoxe évident à vouloir « définir » le désir, à vouloir le mettre dans une boîte, à vouloir le « contenir » et le trianguler – et peut-être participe-t-on déjà alors à la vaste entreprise culturelle ou civilisationnelle qui cherche à le réprimer, à le dompter, à le discipliner, pour contrer sa menace « révolutionnaire » (cf. *supra* : §4.2.2). Pour la même raison, il y a un paradoxe – et un risque – encore plus évident à vouloir définir ou même circonscrire *son* désir, le sien propre, dans son irréductible singularité : on risque ni plus ni moins d'abord de l'enfermer, de l'attacher, et finalement de l'asphyxier, de le tuer, de l'anéantir – car le désir ne désirerait finalement qu'en circulant. Paradoxe si fécond de la psychanalyse : on cherche le désir, notamment à travers le transfert qui en est l'une des manifestations éclatantes et « l'instance de déchiffrement par excellence » (Oury, 1992 : 145), tout en étant assuré de ne jamais le trouver ni le tenir, et encore moins de le *contenir*, mais le nourrissant et le décuplant ainsi sans cesse – *désir de désir* –, jusqu'à éprouver, le long du chemin, quelque chose que l'on pourrait sans doute appeler, dans une perspective nietzschéenne ou autre, la *vie*⁴⁷, ou dans une perspective spinoziste, *une puissance de vivre et d'exister* (Spinoza, 1994 ; Deleuze, 1981). *L'Éthique* de la psychanalyse, d'une certaine psychanalyse qui tend déjà vers la schizo-analyse, et que l'on retrouvera bien sûr dans la psychothérapie institutionnelle. Il faudrait encore paraphraser Machado : « Voyageur, il n'y a pas de désir, le désir ne se fait qu'en désirant », qu'en voyageant le long des chemins ou lignes de désir – dans l'immanence pure, donc, d'une « production désirante » singulière (Deleuze et Guattari, 1972 ; 1980). Il faut donc faire et refaire le chemin – c'est peut-être là seulement qu'il y pourra commencer à y avoir du désir et donc de la vie, quelque chose comme une puissance de vivre à éprouver et à libérer. Et qu'il s'agira

⁴⁷ Oury (1992 : 162) également, dans une autre perspective justement, soulignait souvent : « Je vous rappelle que le désir inconscient, c'est ce qui est au plus proche du sujet de l'inconscient. Le désir, c'est ce par quoi on est en vie. »

bien entendu, pour la psychothérapie institutionnelle, d'inscrire, d'injecter quelque part dans *l'institution* – précisément ce qui lui confèrera toute sa puissance (psycho)thérapeutique.

Il me semble que c'est un des éléments [...] peut-être essentiels si on veut justifier ce qu'on fait, en psychiatrie ou ailleurs [:] on essaye de faire apparaître quelque chose de l'ordre de la subjectivité, c'est-à-dire qui va permettre qu'il y ait ou non une subjectivité qui se développe, [...] une mise en question du sujet. [...] Le désir, ce n'est pas un hasard si on peut dire que c'est le cœur [du sujet]. C'est pareil. Le désir, c'est ce qu'il y a de plus singulier et de plus inapparent, et de plus caché [...]. On ne va pas se mettre à dire qu'on est là [en psychiatrie, dans l'institution] pour modifier, pour arranger le désir [...]. Par contre, on est là pour être en rapport avec ce par quoi on peut faire que le désir puisse se manifester sans être empêché par une aliénation générale. (Oury, 1998a : 63)

Institution. On rencontrerait bien sûr les mêmes paradoxes à vouloir définir ici *l'institution* au sens où l'entendrait la psychothérapie institutionnelle, et *a fortiori* si on cherchait, comme c'était manifestement le cas jusqu'ici dans cette recherche, à la définir ou à l'indéfinir à partir d'un autre concept lui-même indéfini(ssable) et « hasardeux », ne pouvant s'inscrire que dans une logique du vague et du flou : le désir. Le concept d'institution dans la psychothérapie institutionnelle est déjà *paradoxal* en lui-même, non seulement en ce sens où il va à l'encontre de la *doxa*, de la conception commune, sociologique ou politologique, de l'institution, mais aussi et d'abord de par l'(in)existence même de son objet, du moins au sens de l'objectivité scientifique. D'où cette définition « subversive » (et paradoxale) de l'institution que l'on entend couramment en psychothérapie institutionnelle, et qui est généralement attribuée à Tosquelles : l'institution se caractérise d'abord par le fait qu'elle *n'existe pas* ; elle est *ce qui n'existe pas*, mais qu'il s'agit justement de faire exister (cf. aussi Pouillaude, 2014). On retrouve bien sûr ici encore Machado, que l'on pourra à nouveau paraphraser, et avec lui le désir, l'immanence du désir : « Il n'y a pas d'institution, il n'y a d'institution qu'en institutionnalisant » (et en désirant, pourrait-on se risquer à ajouter). Ce n'est sûrement pas un hasard, en effet, s'il est possible de dire la même chose ici du chemin, du voyage, du désir et de l'institution. Ou si c'en est un – hasard –, il semblera hautement « programmé », au sens où Oury (1986 ; 1998a) pouvait dire de la psychothérapie institutionnelle et de son institution qu'elles consistent justement, et très paradoxalement encore, à « *programmer du hasard* » – des rencontres, des événements dans lesquels se manifesterait le désir. C'est sans doute ce « programme » ou cette « programmation » qu'il s'agirait au fond de faire apparaître ici, pour faire voir ce lien intrinsèque et logique entre *désir* et *institution*, un lien dans lequel on pourra et voudra voir quelque chose comme l'essence ou le cœur de la psychothérapie institutionnelle. Un programme qui prendra sans doute davantage ici la forme d'un *diagramme* (Deleuze, 2004 ; Voss, 2019), d'une sorte de *carte* – une autre –

ou encore de *machine abstraite*, dans laquelle il s'agira d'abstraire ou d'extraire une logique, cette logique commune du désir et de l'institution – logique abductive, logique de l'immanence –, pour en révéler et éventuellement en exploiter toute l'efficace thérapeutique.

4.3.10 L'institution du désir

L'institution n'existerait donc *pas*. Entendre qu'elle n'existerait pas *objectivement*, du moins, mais qu'elle serait toujours à faire exister, à « existentialiser » dans et à partir de son manque-à-être (cause du *désir* dans la psychanalyse, faut-il le rappeler), dans son *objectalité*, par un ensemble de processus d'institutionnalisation et dans une sorte de mouvement immanent, donc, qui ferait en sorte que rien n'est jamais donné, ni à l'avance ni une fois pour toutes (comme une « institution »), mais tout est toujours à (re)faire, à (ré)inventer, à recommencer. Et ce serait précisément là tout le projet et le sens de la psychothérapie institutionnelle : *faire exister « une » institution en psychiatrie*, toutes les fois pour « une ».

Si quelque chose existe bel et bien, si quelque chose est déjà donné à l'avance, objectivement, ou du moins en tant que réalité objectivable et presque palpable, ce serait non pas l'institution, mais plutôt *l'établissement*. Cette distinction entre *établissement* et *institution*, d'abord introduite par Tosquelles dans les années 1950, et qui recoupe très largement celle entre *objectivité* et *objectalité* sur laquelle la présente recherche s'est appuyée d'un point de vue méthodologique (cf. *supra* : 4.1.2), est absolument centrale dans la psychothérapie institutionnelle et indispensable pour commencer à dégager ce dont il est question dans son *institution* paradoxale. L'établissement, on le voit, il est là, sous nos yeux, dans son être-sous-la-main dirait Heidegger (1985), et il peut être décrit très objectivement et concrètement : ce sont non seulement des *murs* physiques – et donc une certaine organisation matérielle de l'espace –, mais aussi des *structures*, notamment administratives et juridiques, avec leurs statuts, leurs règlements, leurs codes, leurs ordres hiérarchiques et bureaucratiques, qui viennent généralement avec leurs cloisonnements, leurs divisions, leurs classements et leurs ségrégations, souvent renforcés par des murs très physiques. Dans l'établissement, l'État et ses structures ne sont jamais loin ; s'il n'est pas mis en place (« établi ») par l'État lui-même, l'établissement suppose néanmoins toujours un certain rapport à l'État, « c'est quelque chose qui "établit" un contrat avec l'État, qui est donc délégué par l'État pour organiser un certain travail » (Oury, 1986 : 173). Oury (1998a : 136) parlait d'ailleurs de l'« état-blissement », ouvrant ainsi la porte à toutes sortes d'heureux néologismes et jeux de mots, la question étant toujours de savoir au fond « comment on peut se "blisser" avec l'État » : « Il y a un blissement qu'on n'a pas encore bien déchiffré [dans le rapport à l'État]. Pour l'instant, on subit un blissement épouvantable [...]. On ne sait pas comment

on va se blisser avec ça ! » Et toi, « comment te blisses-tu avec l'État ? On va se blisser d'une certaine façon : "je me blisse, tu te blisses, il se blisse, nous nous blissons", pour établir quelque chose qui ne nous emmerde pas trop dans l'"institutionnalisation" » (Oury, 1998a : 55). L'établissement, c'est donc toujours une sorte de « mise en acte de l'aliénation sociale » (Oury, 1986), une actualisation locale des structures sociales aliénatoires telles qu'elles s'incarnent d'abord et manifestement dans l'État, dans son « ordre établi » et ses discours. Le risque, en psychiatrie comme ailleurs, c'est bien sûr que l'établissement, ce blissement avec l'État, vienne en fait *sur*-aliéner des sujets déjà profondément aliénés sur le plan psychopathologique, que cette alinéation sociale vienne en fait *redoubler* l'aliénation psychopathologique – psychotique – de ces sujets et, par là, rendre celle-ci inaccessible à tout traitement. D'où l'idée princeps de la psychothérapie institutionnelle depuis Saint-Alban : pour pouvoir espérer soigner/traiter la folie – l'aliénation psychopathologique –, il faudra d'abord *soigner l'hôpital, l'établissement*, le milieu de soin, dans son blissement aliénatoire avec l'État et son « ordre », ses discours, ses hiérarchies – bref, *l'aliénation sociale*.

S'il n'y a pas ce travail permanent sur l'établissement, c'est-à-dire sur la hiérarchie [et l'aliénation sociale], on peut toujours faire du psychodrame, faire des constellations, ou tout autre [démarche psychothérapeutique], ça ne marche pas. Et ça relève de l'imposture. [...] On ne met donc pas en place des techniques ultrasophistiquées [par exemple psychothérapeutiques] dans un milieu qui n'est pas travaillé. On retrouve, une fois encore, ce que disait Tosquelles, à savoir qu'avant de faire une opération chirurgicale, il faut pratiquer l'asepsie. On n'a pas encore inventé l'asepsie en psychiatrie. (Oury, dans Oury et Faugeras, 2016 : 41)

Ou peut-être a-t-elle été inventée, justement, et par nul autre que Tosquelles et Oury eux-mêmes ? Peut-être cette asepsie psychiatrique ne serait-elle au fond rien d'autre que cette *institutionnalisation* de l'établissement dans la psychothérapie institutionnelle, et tout le travail *d'analyse institutionnelle*, sociale, politique et économique qu'elle suppose ? « On est [...] obligé, comme première démarche, d'introduire une analyse permanente de l'aliénation massive, sociale, qui se crée, et se reproduit institutionnellement. [...] On est obligé, si l'on veut vraiment s'intéresser aux psychotiques, de se débarrasser de tout ce qui empêche de s'y intéresser », disait souvent Oury (dans Oury et Faugeras, 2016 : 67), reprenant en cela l'idée programmatique de Tosquelles selon laquelle « on ne peut pas faire de psychothérapie si on ne fait pas d'abord une analyse institutionnelle », c'est-à-dire une « analyse concrète de l'aliénation » (Oury, 1992 : 29 ; cf. aussi Guattari, 2003 ; Oury, 1998a ; Tosquelles, 1985). Une « première démarche », préalable pour ainsi dire, comme l'asepsie avant une chirurgie, mais néanmoins « permanente » et jamais achevée – analyse *infinie*, donc –, toujours à reprendre et à recommencer, avant chaque « opération ». « La

prétendue psychothérapie institutionnelle, c'est d'abord s'attaquer à ça. À cette concrétion de la bureaucratie, de l'administration » (Oury, dans Oury et Faugeras, 2016 : 122), voire de l'État lui-même, avec tout ce qu'il comporte – et colporte – d'aliénations sociales. Et ce travail engage sans aucun doute ce que Tosquelles (1985 : 87) appelait, dans un langage quasi-foucauldien, des « diagnostics topologiques du pouvoir », toute « une analyse des systèmes de forces virtuelles ou explicites qui font ensemble les lignes souvent invisibles du champ concret du travail envisagé et du travail envisageable. Partout les questions qui reviennent seraient : Quel pouvoir ? D'où surgit-il ? Sur quoi presse-t-il ? Quels retentissements a-t-il ? » (cf. aussi Oury, 1998a).

Mais est-ce vraiment et pour autant une *asepsie* ? La métaphore est à la fois puissante et faible, heureuse et malheureuse – et donc paradoxale. On comprend bien qu'il s'agit, par cette analyse institutionnelle, de s'attaquer à ces gros « microbes » pathogènes – et souvent invisibles – que sont ces aliénations sociales, et qui non seulement empêchent tout véritablement traitement psychique – en « recouvrant » les aliénations psychopathologiques –, mais tendent aussi à transformer les établissements de soin en véritables nécropoles. Mais la métaphore devient faible – et donc « malheureuse » – en ce sens où l'institution(nalisation) qui procède et résulte de ce travail d'analyse institutionnelle, et qui doit donc rendre possible un authentique travail psychothérapeutique, en vient bien sûr à produire un milieu social et institutionnel – et même physique, pour tout dire – qui est tout sauf « aseptique » ou aseptisé, qui n'a absolument rien de stérilisé et encore moins de stérile. Ces caractéristiques, comme d'ailleurs la putréfaction, la pourriture et la nécrose que cette asepsie chercherait à prévenir, concerneront en fait bien davantage les *établissements* en défaut d'institutionnalisation, dans leurs blissements avec l'État, avec leur uniformité et leur homogénéité mortifères, avec leurs règles universalisantes, leurs normes et leurs standards, bref : avec leurs aliénations et leur *violence* – et le mot n'est pas gratuit, la teneur de cette violence deviendra vite évidente. Au contraire, donc, l'*institution*(nalisation), c'est ce qui doit venir *contrer* aussi bien la pourriture que la stérilisation et la sédimentation du milieu, c'est précisément ce qui doit venir y produire tout l'inverse, ce qui doit venir y injecter de la *vie*, même dans ce qu'elle peut avoir de plus grouillante – comme des microbes –, chaotique, désordonnée, éclatée et parfois « sale » – en tout cas, du point de vue des standards et des normes de l'État. Une vie souvent elle-même invisible – mais non moins réelle –, comme les aliénations qu'elle combat d'ailleurs, et qui se traduit notamment dans ce que Oury (1986 : 69 ; 162 et *passim*) appelait l'*ambiance* – l'un des concepts-clés de sa psychothérapie institutionnelle –, dans quelque chose qui se *sent* et s'éprouve – à un niveau dit pathique, sinon inconscient, voire « *vital* » –, dans toute la vie quotidienne et dans le « tissu même de l'existence », et qui ne se laissera

donc là encore ni voir ni objectiver... comme tout ce qui relève de cette logique du désir, sans doute. Les problèmes d'ambiance, c'est souvent « ce qui fait la "pourriture" de certains hôpitaux », de beaucoup d'établissements, « même les plus modernes », et pas seulement psychiatriques d'ailleurs : « Il faut voir quelle qualité d'ambiance (misérable !) y est entretenue [...], faisait souvent remarquer Oury (1986 : 201). J'ai beaucoup d'exemples, malheureusement, qui frisent, d'une façon consciente ou pas, [...] l'euthanasie. » Peut-être « pas seulement » en psychiatrie, c'est certain, mais ce l'est néanmoins *particulièrement*, et avec des effets souvent beaucoup plus manifestes et dévastateurs, les sujets psychiatisés – le plus souvent psychotiques – étant « extrêmement sensibles » à tout ce qui relève de l'ambiance, à tout ce qui se passe à ce niveau dit pathique, ne parvenant pas à le symboliser comme peuvent le faire des sujets névrotiques ou normopathes, au point où certains en *meurent* littéralement (Oury, dans Oury et Faugeras, 2016 : 19 ; 105). Oury proposait même d'en faire une « discipline » à part entière, la *pathoplastie*, qui serait l'étude de la « mise en forme [*plastie*] de la pathologie [*pathos*, dans lequel résonne aussi le *pathique*] par quelque chose » de l'ordre du *milieu*, de l'environnement, des « entours », de l'ambiance, bref : l'étude de « l'influence du milieu », « des actions du milieu sur les tableaux morbides » (Oury, 1998a : 11 ; 180-1).

[...] On s'aperçoit que les comportements les plus régressifs, les plus exubérants, les plus difficiles sur le plan de la psychopathologie (fureur, gâtisme, etc.) sont en rapport avec des nuances, apparemment imperceptibles, de l'ambiance. Et la preuve est rapidement faite qu'un certain mode de gestion du travail [où se cristallisent souvent les aliénations sociales, par exemple dans les hiérarchies statutaires, dans la ségrégation entre soignants et soignés, etc.] modifie profondément des tableaux morbides quelquefois réputés incurables. C'est en ce sens qu'on peut dire que la psychothérapie institutionnelle peut soigner [...] simplement en modifiant la configuration des relations des gens entre eux. Il existe des systèmes, des vecteurs « aliénatoires », et le milieu même est souvent porteur de quelque chose qui provoque des comportements hyperaliénés. (Oury, 1992 : 214)

La pathoplastie, ou « comment rendre fous les gens », ironisait encore Oury (1998a : 140) dans son *Séminaire de La Borde*, c'est-à-dire, et pour prolonger son ironie : comment s'assurer de rendre les fous *encore plus fous* ; comment s'assurer d'aliéner toujours davantage des gens qui le sont déjà profondément sur le plan psychopathologique, de les *sur-aliéner* – cette fois sur un plan social, donc, celui des rapports sociaux – et ainsi garantir la multiplication des symptômes dits secondaires (exogènes, pathoplastiques, sociogéniques, « réactionnels »), qui viennent alors se *surajouter* aux symptômes dits primaires (endogènes, pathogéniques, « psychogénique ») (cf. Oury, 2016b). La méthode pathoplastique pour y parvenir est simple et semble bien connue – tellement elle est souvent utilisée – dans beaucoup d'établissements de soins psychiatriques encore aujourd'hui : il suffit de s'assurer que l'hôpital est *encore*

plus malade que les personnes qui y ont supposément soignées, *encore plus « fou »* que les fous qu'on y envoie, en favorisant toutes ces « infiltrations idéologiques désastreuses » (Oury, 1986 : 63), tous les cloisonnements techno-bureaucratiques et toutes les aliénations sociales, toutes les ségrégations. Ce n'est généralement pas très compliqué, on pourrait même croire que ça se fait pratiquement tout seul tellement « ça va de soi », en blissant tranquillement avec l'État et ses règles, ses normes, ses standards, ses codes, ses hiérarchies, ses structures, ses procédures et ses protocoles, qui ne garantissent finalement qu'une seule chose : la pourriture de l'établissement et de son ambiance, la folie et la maladie – voire la « mort » – de l'hôpital, qui ne peut alors en effet que prendre les allures d'une nécropole, dans laquelle toute espèce de « vie » est réprimée à sa source, dans laquelle toute rencontre authentique entre les gens – par-delà leurs statuts et leurs fonctions rigoureusement définis par règlements – est soigneusement empêchée (Oury et Faugeras, 2016). « Sérieusement, demandait Oury (1986 : 223), est-ce qu'une structure telle qu'elle est recommandée officiellement [par l'État], c'est-à-dire un emboîtement de rôles, de fonctions, de statuts, est-ce que ça peut créer une bonne ambiance ? Est-ce qu'on peut traiter tel ou tel psychotique, sans modifier quelque chose de cette ambiance ? » On retrouve là encore, par un autre détour, l'idée princeps de la psychothérapie institutionnelle héritée d'Hermann Simon (1929) et popularisée par Tosquelles : « [...] L'hôpital lui-même, tel qu'il est, est malade, il faut le soigner comme un organisme faible et, par essence, si on ne fait pas attention, il est [...] dangereux. Ça rend les gens complètement cinglés. [...] Si on soigne les malades, il faut donc soigner l'hôpital en même temps » (Oury, 1998a : 140).

Soigner l'hôpital, soigner l'établissement de soin, cela ne signifie au fond rien d'autre, du point de vue de la psychothérapie institutionnelle, que de *l'institutionnaliser*, d'y injecter quelque chose de l'ordre de *l'institution* – et c'est bien ce qu'il s'agit de (re)marquer ici, en marquant cette différence entre établissement et institution. Une institutionnalisation qui passe très certainement par une analyse des aliénations sociales dans lesquelles l'établissement est pris dans ses blissements aliénatoires avec l'État⁴⁸ – à savoir l'analyse institutionnelle –, par tout un travail sur les statuts, les rôles et les fonctions, et donc sur la configuration des relations entre les gens dans l'établissement (et notamment entre « soignants » et « soignés »), par tout un travail sur l'ambiance qui permettra progressivement de donner *vie* à l'établissement, de lutter contre son uniformité et son homogénéité funestes, et donc de lui redonner un potentiel soignant ou thérapeutique – *autre qu'euthanasique*. On a bien vu, tout au long de cette recherche de terrain, et dans le compte rendu qui en a été fait jusqu'ici, ce que ce travail pouvait signifier

⁴⁸ Il s'agit de « se rendre compte que l'hôpital tel qu'il est, l'administration, [...] c'est nocif si on ne le soumet pas d'une façon constante à une analyse, dans le sens de l'aliénation sociale » (Oury, 1998a : 140).

concrètement sur le terrain, dans une clinique de psychothérapie institutionnelle, entre autres sur ce plan fondamental de l'organisation ou structuration de l'espace-temps clinique, laquelle doit notamment passer par son hétérogénéisation radicale. Mais s'il devait maintenant s'agir de *ramener ce rapport différentiel entre établissement et institution à son plus petit dénominateur commun* et, par là, de cerner quelque chose de l'institution de la psychothérapie institutionnelle, peut-être même de son « essence », de quoi s'agirait-il au fond ? On entend souvent que cette institutionnalisation à laquelle procède la psychothérapie institutionnelle n'est en réalité rien d'autre qu'une « humanisation » de la psychiatrie qui, à l'époque où le mouvement a pris son essor, pendant et après la Deuxième Guerre mondiale, étaient encore marqués par les logiques violemment déshumanisantes et concentrationnaires de l'enfermement asilaire, dont on trouve sans doute encore des traces et même des manifestations dans la psychiatrie contemporaine. Certes, la psychothérapie institutionnelle, en « institutionnalisant », cherche à « humaniser » quelque chose de l'établissement psychiatrique qui est souvent profondément déshumanisant ; mais ce concept d'humanisation – si c'en est un – est toutefois insuffisant et insatisfaisant ici pour rendre compte de cette institutionnalisation, non seulement parce qu'il s'inscrit d'abord bien mal dans le cadre conceptuel (post-)structuraliste de la présente recherche, marqué par la « mort de l'Homme » et donc un certain « surhumanisme » (cf. *supra* : §2), mais aussi et surtout parce que l'« humanisme » est aujourd'hui utilisé à toutes les sauces idéologiques pour justifier toutes sortes de pratiques psychiatriques et psychosociales qui n'ont évidemment rien à voir avec la psychothérapie institutionnelle, et dans lesquelles on pourra à tout le moins se demander de quel « humain » il est question. Il faudrait donc encore préciser que cette institutionnalisation de l'établissement n'est une « humanisation », dans la psychothérapie institutionnelle, qu'en ce sens où elle en est d'abord et avant tout la *dés-aliénation* – et sans doute approche-t-on par là davantage de quelque chose comme un véritable concept, à la fois philosophique (Hegel), sociologique, politologique et économique (Marx), voire psychanalytique (Lacan) et psychiatrique⁴⁹ (Pinel), et qui pourra d'ailleurs permettre de faire le « pont » entre les deux jambes de la psychothérapie institutionnelle (Marx et Freud), s'il n'en est pas tout simplement l'« entre-jambe » conceptuel⁵⁰. *Institutionnaliser (soigner) l'établissement de soin, ce serait*

⁴⁹ L'aliénation (mentale) a en effet été l'un des concepts fondamentaux à l'origine de la psychiatrie moderne, d'abord avec Pinel (1809). Concept assez fondamental pour même donner à cette nouvelle discipline son nom, à savoir l'*aliénisme*, qui ne prendra que beaucoup plus tard, particulièrement en France, le nom de psychiatrie.

⁵⁰ Après Oury (1992), qui a forgé ce concept dans les années 1950, plusieurs verront en effet dans le concept de *double aliénation* – psychopathologique et sociale – le concept fondamental de la psychothérapie institutionnelle, laquelle travaillerait bien entendu dans la perspective d'une double « désaliénation » (voir à cet égard l'étude quasi encyclopédique d'Élie Pouillade, 2014 ; cf. aussi *supra* : §4.1.5). La psychothérapie

donc d'abord le désaliéner – sur un plan d'abord social – pour espérer pouvoir désaliéner (soigner) – sur un plan à la fois socio- et psychopathologique – les individus aliénés qui l'« habitent », qu'ils y vivent ou qu'ils y travaillent d'ailleurs, qu'ils y soient payants ou payés.

Institutionnalisation, humanisation et désaliénation : on pourra néanmoins y voir de quasi-synonymes dans et pour la psychothérapie institutionnelle, une synonymie qui n'est peut-être pas, là encore, ni suffisante ni très satisfaisante sur un plan théorique ou conceptuel. Pour trouver le plus petit dénominateur commun du rapport entre institution et établissement, peut-être faudrait-il encore se demander *ce qui* est ainsi aliéné dans l'établissement – entendre ce qui lui est profondément étranger –, *ce qu'il* ne cesse d'aliéner dans et par tous ses blissements techno-bureaucratiques avec l'État, mais aussi *ce dont* l'institution se (res)saisit afin de désaliéner et éventuellement d'« humaniser » l'établissement. Question presque rhétorique au stade où est parvenue cette recherche, et tellement il s'agit sans doute de son « résultat » le plus (in) tangible, déjà annoncé par plusieurs titres, petits et grands : ce *ce-qui* de l'établissement et de son l'aliénation, ce *ce-dont* de l'institution et de son « humanisation », c'est bien entendu, d'abord et avant tout, le *désir*. Ce n'est pas tant qu'il n'y a pas de désir dans l'établissement – comme dans le reste de la machinerie sociale à laquelle il se rattache –, mais c'est plutôt que le désir n'y est absolument pas pris en compte, qu'il n'y est absolument pas « cultivé », qu'il y est au contraire constamment nié ou réprimé dans toutes ses manifestations – Oury (1986 : 188) dira qu'il y est finalement passé « au lance-flammes », de sorte qu'on n'en voit bientôt plus la moindre trace, comme s'il disparaissait dans tous les blissements aliénatoires de l'établissement. Or si le désir, *ce* désir (inconscient), est bien ce qu'il y a de plus constitutif du sujet (« humain »), ce qui fait sa singularité absolue et irréductible, la plus « intime » et la plus propre, mais aussi ce qui le met en mouvement dans l'existence, éventuellement en « quête », et donc le rend *vivant*, on comprendra aisément en quoi le sujet peut vite se sentir et même *devenir étranger* à lui-même – aliéné – dans l'établissement. C'est peut-être *cette* aliénation – celle du sujet qui devient étranger à lui-même, à son désir, à ce qu'il est dans sa singularité – qui illustre le mieux la *violence* déshumanisante de l'établissement que l'on a évoquée précédemment, en soulignant que ce mot n'était pas utilisé gratuitement. Il n'y a sans doute rien de plus violent et déshumanisant, en effet, que de se voir refuser toute expression de sa singularité et de sa subjectivité, de se voir considérer comme un simple « numéro » – de chambre ou, pire, de dossier –, une expérience que chacun fait un jour ou l'autre, en blissant avec l'État et sa bureaucratie, notamment à ces comptoirs d'« admission » (cf. *supra* :

institutionnelle est d'ailleurs souvent assimilée au courant « désaliéniste » en psychiatrie, par opposition à l'aliénisme et à la psychiatrie asilaire.

§4.3.3). Le cas des camps de la mort nazis – avec leurs uniformes et tatouages – n’est sans doute au fond que le plus extrême, mais il n’est pas tellement étonnant non plus que des psychiatres aient pu ressentir un malaise en y reconnaissant étrangement – *unheimlich* – leurs propres établissements de soins psychiatriques, comme dans une sorte de jeu de miroirs, d’autant plus que cette violence se retrouve à différents degrés dans tous les état-blissements, et *a fortiori* dans ceux dits d’enfermement. L’établissement est non seulement objectif, comme on l’a indiqué d’entrée de jeu en l’opposant à l’institution (objectale), mais il s’agit aussi d’une formidable puissance *objectivante*, avec ses formulaires, ses protocoles standardisés, ses règles universalisantes et uniformisantes, qui écrasent finalement toute singularité et toute subjectivité désirantes.

Il ne s’agit pourtant en aucun cas, pour la psychothérapie institutionnelle, de *supprimer* ou d’abolir l’établissement psychiatrique – et c’est peut-être d’ailleurs ce qui marquera sa différence la plus profonde avec l’antipsychiatrie, notamment italienne (Basaglia, 1970), dont les thèses et critiques virulentes de la psychiatrie auront une grande importance partout en Occident au moment d’envisager et de réaliser la « désinstitutionnalisation » de la folie, avec les conséquences que l’on connaît⁵¹ (cf. *supra* : §1.2.2 ; Oury, 1986). Il ne s’agit pas de supprimer l’établissement, pas plus au fond qu’on ne supprimera l’État lui-même avec lequel il blisse – vieux rêve anarcho-communiste d’un « dépérissement » ou d’un « dépassement » de l’État avec l’avènement d’une société sans classes (cf. Engels, 1975), auquel certaines antipsychiatries étaient d’ailleurs très attachées, mais dont l’horizon n’a cessé de s’éloigner dans la deuxième moitié du 20^e siècle. On pourra toujours continuer à rêver ou même à lutter, certes, mais en attendant, et particulièrement dans ce champ du « médico-social » comme on l’appelle en France, il est sûrement raisonnable de penser qu’il faudra, au moins pour un temps encore, continuer à « faire avec » l’État, qu’il faudra continuer d’une manière ou d’une autre à « blisser » avec lui – c’est du moins la plate hypothèse et le pari de la psychothérapie institutionnelle. Plutôt que de supprimer l’établissement – et de risquer de laisser à l’abandon tous les individus numérotés qu’il prenait en charge dans ce qui pourrait vite devenir un asile à ciel ouvert –, chercher à le transformer radicalement – à la racine –, profondément, de manière justement à l’« humaniser », à le désaliéner, à le rendre moins aliéné (dans l’État) et aliénant (pour les sujets). C’est ce processus jamais achevé de transformation, d’humanisation et de désaliénation de l’établissement qu’on appelle *institutionnalisation*, qui vient donc ouvrir une « troisième voie » entre

⁵¹ Et on comprend mieux maintenant pourquoi, du point de vue de la psychothérapie institutionnelle, il serait plus juste de parler de « dés-état-blissement », et même si la suppression de l’établissement supprime aussi toute possibilité d’institutionnalisation.

l'établissement psychiatrique (l'asile tel qu'on le connaissait encore en 1960) et le « désétablissement » (tel qu'on l'expérimente depuis 1960), et qui permet en outre de marquer qu'il *ne saurait jamais y avoir d'institution sans établissement*, car c'est précisément ce qu'il s'agit d'institutionnaliser. Aussi pourrait-on voir davantage dans l'établissement et l'institution des concepts, voire des *types idéaux* – au sens de l'idéaltype de Max Weber (1965) – permettant de classer, d'interpréter et d'évaluer certains phénomènes, certaines tendances présentes dans ce champ psychiatrique, comme d'ailleurs, plus généralement, dans le champ médico-social.

L'institutionnalisation serait donc le cœur – sinon l'essence même – de tout le projet de la psychothérapie institutionnelle, en tant qu'effort pour humaniser, désaliéner et « subvertir » l'établissement psychiatrique. C'est sans doute une bien mauvaise manie des philosophes – et donc une déformation dilettante dans mon cas – que de toujours vouloir chercher et trouver des essences, et même des essences d'essences, fussent-elle immanentes (Spinoza, 1994), extrêmement fluides et muables (Deleuze et Guattari, 1980), voire parfois carrément *sauvages* (Richir, 2000). On n'y échappera pas ici non plus, car c'est sûrement l'« essentiel » : la psychothérapie institutionnelle trouverait donc son essence dans ce processus d'*institutionnalisation* de l'établissement et dans l'institution – immanente et mouvante – qu'il produit, laquelle institution trouverait à son tour son « essence » dans le *désir* qu'il s'agirait pour elle non seulement de « prendre en compte » et d'accueillir (en favorisant les manifestations, notamment transférentielles), mais aussi de *libérer*, de nourrir et de faire circuler partout dans l'établissement, où il demeurerait jusque-là comme une sorte d'inconnue (x) et d'étranger que l'on craignait, fuyait et réprimait. C'est peut-être le principal « résultat » de cette recherche, comme on l'a laissé entendre précédemment, et sans doute ce qui la résume le mieux dans tout son cheminement : le désir, essence sauvage et brûlante de l'institution dans la psychothérapie institutionnelle – x.

L'*institution du désir*, donc. Non pas tant ou seulement parce que c'est le désir lui-même qui est institutionnalisé ou produirait l'institution (bien que ce soit probablement le cas aussi en un sens, notamment par sa production de chaînes signifiantes institutionnelles), mais aussi et surtout dans la mesure où il en est la *matière* et l'« objet » (a ou b), cette fois au sens de l'*objectalité*, donc, et non de l'objectivité (cf. *supra* : §4.2.9). Ce désir, c'est aussi bien sûr ce qui est *accueilli* par l'institution – à travers le transfert –, au sens fort de cet *accueil-recueil* institutionnel que l'on a pu opposer plus tôt à l'admission, propre à l'établissement et à ses formalités administratives. L'institution a alors tôt fait de devenir, en vertu de cet accueil-recueil, un vaste champ de désirs, champ dans lequel les désirs foisonnent,

s’entrecroisent et se tissent les uns aux autres, champ transférentiel éclaté et multidirectionnel qu’il s’agira d’abord pour l’institution de « cultiver », en multipliant les possibilités de rencontres, d’échanges et de relations, mais aussi d’analyser et donc d’« exploiter » sur un plan proprement psychothérapeutique, par une analyse des transferts au sens où l’entend la psychanalyse. Il n’y a évidemment qu’un tout petit pas à franchir pour concevoir cette institution elle-même comme *désirante*, comme un *sujet* – groupe-sujet, dira Guattari (2003) –, sujet désirant et éventuellement analysant.

Tableau 4.2 – Institution et établissement : le plus petit dénominateur commun
(ou l’essence sauvage de l’institution : une réduction « phénoménologique » et idéaltypique)

Institution (nalisation)	Établissement (État-blissement)
« Humanisation »	Déshumanisation / violence
Désaliénation (analyse institutionnelle)	Aliénation (blissements avec l’État)
Accueil	Admission
Singulier	Universel (protocoles, standards, règles...)
Objectal / objectalisation / (inter-)subjectivation / transfert	Objectif / objectivation
Désir	<i>x</i>
(Dsx)	

CONCLUSION

Une institution du désir, voire une institution désirante, peut-être en un sens proche de ces bonnes vieilles « machines désirantes » qui, dans les profondeurs de la vie, ne cesseraient jamais, partout, de faire circuler, couler, fluer du désir, de produire et d'agencer des désirs (Deleuze et Guattari, 1972 ; 1980) : c'est peut-être ce qui résumera le mieux ce qui a été aperçu, vécu, éprouvé, « trouvé » pendant ces quelques semaines de terrain à La Borde – si une recherche doit bien avoir « trouvé » quelque chose, et pas seulement cherché, surtout quand vient le temps de conclure –, ce qui a été éprouvé et « trouvé », peut-être même « étrouvé », sur ce terrain d'une certaine psychothérapie institutionnelle, traversé par tant de chemins et de sillons du désir. Une institution du désir qui, paradoxalement, n'existe pas, qui n'existe jamais de manière définitive et objective, qui est toujours au contraire à faire exister dans ou à partir de ce manque-à-être utopique, mythique, fantasmatique et objectal, et elle est en cela aussi bien *désirée* que *désirante*.

C'est précisément dans ce mouvement-procès du désir, d'une production désirante, que l'institution se révèle finalement dans toute sa puissance thérapeutique, en ce qu'elle serait toujours à (ré)inventer, à (re)créer. Et ce n'est donc sûrement pas en un autre sens que l'on pourra comprendre l'idée princeps et révolutionnaire de la psychothérapie institutionnelle, telle qu'elle a été formulée au milieu du siècle dernier : *soigner l'hôpital, soigner l'établissement psychiatrique* (pour pouvoir espérer soigner la folie et les fous), ce serait d'abord l'institutionnaliser, ce serait introduire, produire, *inscrire de l'institution (et) du désir* dans l'établissement. Ce qui ne serait donc possible qu'en libérant, en favorisant, en faisant circuler, en accueillant et en recueillant les désirs chaque fois singuliers des personnes, des sujets désirants qui se retrouvent à un moment *m* dans cet établissement, que ce soit d'ailleurs pour y travailler (comme « payées ») ou pour y séjourner et y vivre (comme « payantes »). C'est là qu'il devient possible de parler d'une véritable humanisation et d'une véritable désaliénation de l'établissement, en ce sens où le désir est précisément ce qui serait de prime abord aliéné, voire nié dans l'établissement – il y est passé au lance-flamme ! –, aliénation qui ferait en sorte que le sujet n'arrive pas à s'y retrouver ou à s'y reconnaître dans sa singularité, qu'il s'y sent alors profondément étranger à lui-même et à son désir (c'est la définition même de l'aliénation dans cette perspective psychanalytique). Libérer de l'institution (et) du désir dans l'établissement pour le désaliéner, et pour en humaniser le soin, voire simplement pour le rendre soignant, on va vu tout au long de cette recherche ce que cela pouvait signifier (et ce que cela pouvait *impliquer*) concrètement, empiriquement, dans l'expérience, non seulement pour ces catégories fondamentales (que

certaines disaient même *transcendantes* – conditions de possibilité) de l'expérience humaine que sont l'espace et le temps, mais donc aussi pour tout ce qui relève de la vie quotidienne et de son organisation collective, notamment avec le Club et l'aplanissement des rapports de « classes », de pouvoir et de domination qu'il permet. On a vu comment cette libération du désir dans le temps et dans l'espace et dans le collectif pouvait aussi transformer radicalement l'*ambiance* d'un lieu, transformer radicalement l'ambiance souvent mortifère de l'hôpital, de l'établissement psychiatrique, et comment cette ambiance pouvait elle-même devenir un « opérateur » absolument déterminant dans le soin psychique, voire une condition absolument nécessaire (sinon parfois suffisante) de ce soin. Soigner la psychopathologie par l'*ambiance*, soigner en prenant donc soin du (mi)lieu, de l'environnement, des entours ; soigner *par le milieu*, ou encore dans et par le Pli, pourrait-on dire en paraphrasant encore Deleuze (1981 ; 1988) : on revient par là au principe premier, pathoplastique, de la psychothérapie institutionnelle. C'est pourtant d'une telle « évidence » ; nous pourrions au fond nous étonner qu'on entende et prétende encore soigner la psyché souffrante dans l'ambiance « euthanasique », violente, assassine qui caractérise encore tant d'hôpitaux psychiatriques, tant d'établissements dits de soin. Mais c'est peut-être qu'il se passe aussi beaucoup plus (ou beaucoup moins) que du « soin » dans ces établissements, voire tout autre chose ; l'histoire de la folie est là pour nous le rappeler.

Dans le tableau-synthèse qui devait résumer le dernier chapitre (et peut-être donc l'ensemble de cette recherche – cf. *supra* : tableau 4.2), j'ai hésité à y ajouter une petite ligne en bas, une *bottom line* comme diraient les Anglais, craignant que le tableau ne devienne encore plus schématique et simpliste qu'il ne l'était déjà, alors que les choses sont évidemment tellement plus compliquées, tellement plus subtiles et nuancées sur le terrain, dans la pratique. Cette ligne aurait été simplement *celle de la vie et de la mort*. Or, on l'aura compris à la lecture dudit chapitre et peut-être de l'ensemble de ce mémoire, c'est pourtant certainement ce qui se joue au plus profond dans cette tension entre institution et établissement, et donc dans la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie en général, sans doute comme dans le reste de la société et même de la « culture » d'ailleurs. Et c'est sûrement à ma directrice de recherche, Audrey Gonin, qu'il revient d'avoir le mieux cerné cette métapsychologie et même cette métaphysique de l'institution et de la psychothérapie institutionnelle, un soir dans un café de Montréal, alors que je n'y voyais plus tellement clair moi-même dans ces distinctions : « *Éros et Thanatos* ? » – On pourra toujours laisser le point d'interrogation, comme pour indiquer que ce serait une piste à explorer, sûrement plus qu'une réponse définitive – comme ce l'était d'ailleurs pour Freud lui-même dans les années 1920, conscient qu'il était de quitter alors le domaine d'une psychologie « empirique » et d'entrer dans celui de la spéculation

métaphysique (cf. Freud, 2013b). Néanmoins, on aura certainement déjà remarqué que dans l'« institutionnalisation de l'établissement », c'est manifestement ce dont il est question : introduire de la vie, du désir et, oui, pourquoi pas, de l'*Éros*, là où règne effectivement et trop souvent la mort – les fameuses *nécropoles* auxquelles faisait allusion Oury (1998a). Ce que Freud (1995 : 64-5) disait du développement de la culture dans son ensemble, on pourrait donc sûrement le dire, en effet, de celui de la psychiatrie et même du travail social, comme au fond de toute autre institution « humaine, trop humaine » :

Ce développement ne peut que nous montrer le combat entre Éros et mort, pulsion de vie et pulsion de destruction, tel qu'il se déroule au niveau de l'espèce humaine. Ce combat est le contenu essentiel de la vie en général et c'est pourquoi le développement de la culture doit être, sans plus de détours, qualifié de combat vital de l'espèce humaine.

Dans cette « dispute des géants », comme l'appelait aussi Freud (1995 : 65), la psychothérapie institutionnelle, à l'instar de la psychanalyse, a toujours et déjà choisi son « camp ». Et si ce combat peut nous sembler abstrait et dépassé aujourd'hui, à une époque marquée par le triomphe des données probantes et des technosciences, par la fin de la métaphysique et des idéologies, on se souviendra qu'il en allait tout autrement au moment de l'invention de la psychothérapie institutionnelle, pendant et après la Seconde Guerre mondiale : les camps de concentration et d'extermination, Hiroshima, Nagasaki, la menace très réelle d'une guerre nucléaire totale, voilà qui donnait à l'hypothèse métapsychologique d'une pulsion de mort un aspect beaucoup moins abstrait et métaphysique, un aspect beaucoup plus concret pouvant s'éprouver jusque dans les profondeurs du corps social – *malaise dans la culture*. Malaise auquel correspondait donc aussi un profond *malaise dans la psychiatrie*, quand celle-ci prenait conscience qu'elle se pratiquait elle aussi ni plus ni moins dans des camps de concentration, les asiles, devenus eux aussi de véritables camps de la mort pendant la Guerre (cf. Von Bultzingsloewen, 2007). La psychothérapie institutionnelle est née très précisément de ce malaise, insoutenable pour plusieurs, véritable trauma pour d'autres : elle se présente dès lors en psychiatrie comme le « camp de la vie » contre les camps de la mort, le camp de (la) « déconcentration » contre tous les camps de concentration, d'enfermement et d'extermination. *Éros* contre *Thanatos*, en effet, à condition peut-être de préciser qu'il ne saurait y avoir de triomphe absolu et définitif dans ce combat « éternel » des géants, qu'il ne saurait au fond jamais y avoir de vie sans mort, ni de désir sans jouissance... bref, et comme on l'a déjà souligné, pas d'institution sans établissement – les uns étant toujours intriqués, pris dans les autres. On n'en a jamais fini avec la mort ; elle rôde toujours, partout autour nous, guettant la moindre occasion pour se déchaîner. Et si c'était seulement « autour de nous », ce ne serait encore pas si mal ; mais c'est aussi et surtout *en nous*, nous

dira la psychanalyse : « pulsion ». L'érotisation et l'institutionnalisation, ce n'est jamais joué ni gagné une fois pour toutes, c'est toujours à recommencer, chaque jour, à chaque instant.

Au printemps dernier, j'ai été invité à donner une série de conférences sur la psychothérapie institutionnelle dans un cégep de la Rive-Sud de Montréal à des étudiants et étudiantes en psychologie et en sciences humaines, dont plusieurs se destinent à travailler en intervention. Après avoir présenté brièvement les origines de la psychothérapie institutionnelle comme une réponse au trauma des camps de la mort, et après les avoir invités à réfléchir aux caractéristiques communes de ces camps et des asiles, je leur posais assez innocemment la question : « Selon vous, est-ce qu'il existe encore aujourd'hui, dans nos sociétés, ici même au Québec, au Canada, en Amérique du Nord – pas en Chine, en Russie ou en Corée du Nord, tenais-je à préciser –, des institutions qui pourraient s'apparenter à des camps de concentration, ou du moins qui en présentent certaines caractéristiques importantes, qui obéissent à des logiques comparables ? » Je ne m'attendais pas à voir tant de mains se lever dans la salle de classe, je ne m'attendais pas à l'avalanche de réponses qui a déferlé lors de chacune des conférences : les prisons, d'accord, c'était sûrement la réponse la plus évidente ; mais aussi les CHSLD, les centres jeunesse, les hôpitaux (encore, psychiatriques ou pas d'ailleurs), les « réserves indiennes », les HLM, les écoles – les plus perspicaces et « irrévérencieux » ont même mentionné les cégeps, soulevant l'indignation de certains qui, eux, se sentent bien libres au cégep. Non, il ne s'agit certainement pas de dire que ce sont là autant de camps de concentration – ce qui serait démagogique et malhonnête, sauf peut-être pour les prisons et... –, mais bien d'identifier, d'interroger certaines des caractéristiques de ces établissements ou de ces « structures » (ayant certainement en commun de « blisser » fortement avec l'État) qui, si on n'y prend pas garde, par une sorte de glissement imperceptible, pourrait les faire basculer dans une logique et un destin concentrationnaires. Il serait peut-être exagéré de dire que nous sommes entourés encore aujourd'hui, dans nos sociétés, par toutes sortes de « camps de la mort », même en un sens métaphorique. Mais nous sentons bien que nous sommes entourés par des établissements, par des structures sociales, petites et grandes, qui sont manifestement en défaut d'institutionnalisation et d'érotisation, en manque de soin et d'« amour », pourrait-on dire, entourés par des établissements et structures qui, tout en prétendant soigner ou réadapter ou aider, obéissent à des logiques proprement mortifères, d'une violence souvent inouïe, et qui tendent à tuer toute forme de désir et de vie, comme si c'était leur vocation la plus propre. Nous en sommes entourés, même que nous y travaillons bien souvent – c'est le cas en travail social –, que nous y avons affaire aussi en tant que citoyens, pour et avec nos parents, nos grands-parents, nos enfants, nos amis, ou pour nous-mêmes. Nous le sentons, nous sentons aussi la mort qui y rôde, mais

tout se passe comme si nous ne ressentions plus vraiment *le malaise*, en tout cas dans toute son « insoutenabilité », ou comme si ce malaise était trop diffus pour qu'il soit possible d'en identifier la source profonde, voire comme si tout ça était un peu inévitable et allait peut-être même un peu de soi – au « sens de l'Histoire ». Et après tout, ce n'est quand même pas la Corée du Nord... alors on peut bien détourner le regard et rentrer tranquillement chez soi le soir venu pour se changer les idées. La psychothérapie institutionnelle a sûrement ce mérite d'avoir la mémoire longue (ou est-ce nous qui avons la mémoire tellement courte ?), de rappeler que « ça » peut basculer à tout moment, beaucoup plus vite qu'on ne le croit, aussi bien à l'échelle microsociale d'un établissement, d'un lieu, d'une organisation, qu'à l'échelle macrosociale d'une société, même celle que l'on voudrait croire (ou qui se dit) la plus libre et la plus démocratique. Elle a ce mérite de donner de précieux outils analytiques et critiques non seulement pour repérer là où ça glisse, là où ça blisse dangereusement, mais aussi pour résister à la glissade et aux blissements, et donc pour s'assurer que ça ne basculera pas complètement, que le désir, l'Éros et la vie continueront de circuler.

Cette recherche a été pensée à partir de trois grandes-petites questions, volontairement assez larges et ouvertes pour permettre une réelle exploration : 1) sur la spécificité de la psychothérapie institutionnelle dans le champ actuel de la santé mentale ; 2) sur ses apports actuels ou potentiels dans le champ du travail social, notamment en santé mentale ; et 3) sur ses limites et les obstacles à sa mise en œuvre dans le travail social contemporain, notamment au Québec (cf. *supra* : §1.6.5).

En arpentant l'un des terrains importants où elle a été inventée et où elle se pratique encore aujourd'hui comme un « travail du social », en explorant quelques-uns des multiples chemins qui traversent ce terrain, cette recherche en est venue à dégager beaucoup mieux qu'une simple « spécificité » de la psychothérapie institutionnelle ; elle en est même venue à trouver, à éprouver et à « é trouver » son *essence*, ou du moins *l'une* de ses essences sauvages et brûlantes, pourrait-on dire avec un peu d'humour, voire d'ironie. L'*institution*, essence sauvage et mouvante de la psychothérapie institutionnelle, mais essence quelque peu tautologique et lapalissienne, il faut bien le reconnaître. À moins peut-être de préciser encore que cette institution est *institution du désir*, et de préciser que ce désir dont procède l'institution est *désir inconscient*, ce désir de l'Autre tel qu'il se manifeste notamment dans le transfert. Cette essence sera dès lors aussi ce qui fait son irréductible spécificité dans le champ actuel de la santé mentale. Il existe

évidemment un tas d'approches aujourd'hui en psychiatrie, en santé mentale, comme en travail social, qui font la part belle aux « ateliers » et activités de toutes sortes – art, sport, travail, loisirs, etc. –, à l'ergothérapie sous toutes ses formes, et qui font même parfois la part belle aux usagers et usagères et à leurs « désirs » (ou du moins à leurs envies, à leurs demandes et à leurs besoins) dans les *décisions* entourant ces activités, voire dans l'organisation d'une certaine vie collective et quotidienne. Là ne serait donc certainement pas la spécificité de la psychothérapie institutionnelle, encore moins son essence, car les multiples ateliers, activités et réunions n'ont de sens et de valeur thérapeutique dans la psychothérapie institutionnelle qu'en tant qu'ils sont des *occasions de rencontres, de relations et donc de transferts* – de ces transferts qui sont à la fois les manifestations des désirs *inconscients* et leur « instance de déchiffrement ». À l'inverse, il existe aussi en psychiatrie, en psychologie, en travail social, en santé mentale, une ou des approches qui reposent sur l'analyse et le déchiffrement du transfert en tant que manifestation du désir inconscient, à savoir bien sûr : la psychanalyse et, dans une moindre mesure, la psychologie dynamique qui s'en inspire. Cette prise en compte du transfert et du désir inconscient n'est pas suffisante non plus pour « faire » de la psychothérapie institutionnelle, dans la mesure où elle ne suppose pas nécessairement d'*institution* et de collectif à proprement parler – même qu'elle se fait bien plus souvent dans le cadre classique, duel ou dyadique, de la relation psychothérapeutique « à deux ». Or sur les plans théorique, conceptuel et clinique, la psychothérapie institutionnelle a en fait pour point de départ ce constat que la psychanalyse classique, à deux, avec l'analyste qui écoute un analysant allongé sur le divan, eh bien, *ça ne fonctionne pas* avec les fous, avec les sujets psychotiques, dont le transfert, contrairement à celui du névrosé et du normopathe, ne se fait rarement que sur une seule personne, un seul « objet », comme un psychanalyste. Ça ne fonctionne pas, et même que bien souvent, ça nuit, ça angoisse, et ça peut même déclencher, puis nourrir un délire, une psychose. Le constat clinique au départ de la psychothérapie institutionnelle, c'est que *tout un « village » est en fait nécessaire pour soigner un sujet psychotique*, pour accueillir et recueillir son transfert multiréférentiel, polyobjectal, éclaté, morcelé. Ça ne prend donc pas seulement un psychanalyste ou une psychiatre ou un travailleur social, ça prend aussi et surtout un boulanger, un cuisinier, un jardinier, une factrice, une artiste, une infirmière, un barman, une pharmacienne, un concierge, une coiffeuse... Ça prend tout ce beau monde, mais encore là, ce n'est pas suffisant ; encore faut-il que tout ce beau monde *se parle*, et même d'abord *puisse* se parler – ce qui ne va pas de soi –, de manière à rassembler, à réunir, à recueillir les morceaux, les éclats de transfert que le sujet psychotique a dispersé aux quatre coins du village, formant ce que la psychothérapie institutionnelle appellera une « constellation transférentielle » (cf. Delion, 2022). C'est seulement quand s'établissent tous ces « rapports complémentaires » – pour reprendre un autre concept qui deviendra

central dans la psychothérapie institutionnelle (cf. Oury, 1986 ; 1998a) – et quand des lieux sont prévus pour les favoriser, les travailler et les analyser, qu’il devient possible de parler d’une véritable *institution* au sens de la psychothérapie institutionnelle, institution qui apparaîtra alors bien sûr comme un vaste réseau transférentiel, voire comme un champ de désirs. À cet égard, on l’a bien vu tout au long de cette recherche, le Club (thérapeutique), que l’on retrouve encore aujourd’hui sous une forme ou une autre dans tous les lieux où se pratique la psychothérapie institutionnelle – on pourra y voir son dispositif clinique le plus propre –, remplit une fonction d’institutionnalisation absolument essentielle, qu’on appellera d’ailleurs la « fonction Club » : réunissant en droit toutes les personnes présentes à la clinique, que ce soit comme payantes (pensionnaires, patients) ou comme payées (moniteurs), mais de manière horizontale et donc en aplanissant les rapports hiérarchiques de « classes » et de statuts, le Club est responsable d’organiser toute la vie quotidienne de la clinique et, ce faisant, de créer, de favoriser, de multiplier les occasions de transferts – activités, ateliers, etc. – en tenant compte des désirs, des possibilités, bref, de la singularité de chacun, qu’il s’agit alors d’articuler, d’inscrire dans un « collectif » (Oury, 1986). C’est sûrement dans le Club, ou plutôt dans sa « fonction », transversale dans toute la clinique, que s’articulent finalement le plus clairement les deux jambes de la psychothérapie institutionnelle, Marx et l’analyse de l’aliénation sociale (avec pour horizon une société sans classes), Freud et l’analyse du transfert (avec pour horizon la « libération » du désir inconscient – *ça*), et donc qu’apparaît aussi le plus distinctement son « essence » résolument soignante : *institution du désir*.

La psychothérapie institutionnelle a d’abord été inventée, au 20^e siècle, de manière à repenser et transformer radicalement la psychiatrie asilaire et ce qu’on appellerait aujourd’hui la « santé mentale ». Sa spécificité dans ce champ contemporain de la psychiatrie et de la santé mentale nous est apparue clairement dès le début de cette recherche, et c’est d’ailleurs ce qui a d’abord motivé celle-ci : si le champ de la santé mentale peut être pensé et défini aujourd’hui, d’un point de vue sociologique et critique, comme cet ensemble de discours et de pratiques qui, même si c’est parfois sous divers masques idéologiques et donc de manière subtile, visent ultimement la production de comportements adaptés et donc une adaptation optimale de l’individu à la société (cf. *supra* : §1.2.3), la psychothérapie institutionnelle, en repartant à l’inverse de ce qui fait l’irréductible singularité du sujet – son désir inconscient – pour produire de l’institution, du collectif et du « social », apparaîtra au final non pas tant comme une « autre santé mentale » ou même une alterpsychiatrie, mais peut-être encore bien davantage comme *l’Autre* de cette santé mentale adaptative qui est aujourd’hui devenue une puissante valeur, voire une puissante norme de nos sociétés. C’est sans doute ce qui la rend si « intempestive » aujourd’hui – elle

semble ni plus ni moins sortie d'une autre époque –, alors que nous vivons à l'ère de cette « santé mentale pour tous », mais aussi ce qui fait toute sa pertinence critique et clinique, ne serait-ce qu'en rappelant de sa mémoire longue que soigner peut et peut-être devrait vouloir dire autre chose qu'adapter.

Mais cette pertinence critique, sociale et clinique déborde aussi le strict champ de la psychiatrie et de la santé mentale. On a déjà souligné comment les principes et méthodes de la psychothérapie institutionnelle avaient pu être mobilisés dans d'autres domaines, comme celui de l'éducation, donnant même naissance à ce qu'on appellera la *pédagogie* institutionnelle, proche de la célèbre pédagogie Freinet dont elle est d'ailleurs issue, et qui aura une influence certaine dans les différents mouvements des écoles dites alternatives. Mais il serait au fond possible de généraliser cette pertinence en soutenant que partout où il y a *établissement*, partout où ça blisse peu ou prou avec l'État, directement ou même indirectement, partout même où existent des structures hiérarchiques et aliénatoires qui tendent inévitablement vers une ségrégation – reposant par définition sur une division sociale – et qui entravent donc l'expression du désir, par exemple en rabattant les fonctions sur les statuts hiérarchiques, la psychothérapie institutionnelle peut se révéler hautement utile et pertinente, du moins si l'on partage son intention de désaliénation, d'émancipation et de libération du désir, et même, plus simplement, son intention de *soin* (si on ne le partage pas, elle paraîtra au contraire hautement dérangeante, subversive et dangereuse). Dans nos sociétés capitalistes avancées, ça concerne à différents degrés tant de ces espaces physiques et sociaux que nous habitons, que nous fréquentons, tant de ces lieux où nous vivons, où nous consommons, où nous travaillons... tellement qu'on finit par ne plus même voir ces structures, et encore moins leurs effets, que l'on ne fait que subir et ressentir tel un malaise diffus, un sentiment d'étrang(èr)eté. « Ces structures de ségrégation existent partout, de façon plus ou moins voilée », rappelait Oury (2016a : 9) au moment où il tentait – difficilement – de définir le propre de la psychothérapie institutionnelle : « *Tout entassement de gens, [...] dans n'importe quel lieu, développe, si on n'y prend pas garde, des structures oppressives, simplement du fait d'être dans un groupe [...].* » Et comme l'avaient si bien aperçu les étudiants de ce cégep de la Rive-Sud appelés à réfléchir aux caractéristiques des camps de concentration, même si c'était bien tôt le matin, ça concerne particulièrement – et presque par définition – beaucoup de ces milieux où se pratique le travail social aujourd'hui, milieux qui, même quand ils ne s'insèrent pas dans de vastes structures étatiques, bureau- et techno-cratiques ultrahiérarchisées, comme c'est le plus souvent le cas, suppose *a minima* cette division entre, d'un côté, intervenants payés, et, de l'autre, usagers que l'on a tôt fait aujourd'hui d'appeler clients, même quand ils ne sont pas directement payants : centres jeunesse, hôpitaux, CIUSSS, ressources intermédiaires, RPA, CHSLD, organismes communautaires... Il n'est

pas beaucoup de milieux de pratique du travail social qui y échappent. Pas beaucoup de milieux qui ne bénéficieraient pas d'une certaine institutionnalisation, en repartant par le « bas », le très-bas, et même par les soubassements, les souterrains, ce que Oury (1986) appelait magnifiquement la sous-jacence, c'est-à-dire très précisément par les désirs des personnes qui fréquentent ces lieux et ces milieux, qui les habitent, qui y vivent et qui y travaillent, qui pourraient leur donner vie. « La psychothérapie institutionnelle, c'est *peut-être* la mise en place de moyens de toute espèce pour lutter, chaque jour, contre tout ce qui *peut* faire renverser l'ensemble du collectif vers une structure concentrationnaire ou ségrégative », poursuivait Oury (2016a : 9 ; je souligne le « peut » et le « peut-être »). Parce qu'on ne sait jamais quand ça va basculer, on sait seulement que ça bascule bien souvent, que ça peut basculer à tout moment – les CHSLD pendant la pandémie, les centres jeunesse récemment, les hôpitaux psychiatriques si souvent, et tant d'autres milieux, plus petits, plus discrets, qui passent sous le radar médiatique, mais dont chacun entend parler, de bouche à oreille, tous les jours. Lutter contre *ce qui peut* à tout moment faire basculer un milieu dans le « camp de la mort », réel ou symbolique. Par des moyens de « toute espèce », certes, mais qui dans tous les cas supposeront d'introduire de la *vie* dans ces établissements, d'y introduire de *l'institution* (et) du *désir*, d'introduire de l'Éros dans ces milieux qui blissent et qui souvent surblissent avec la mort.

Introduire du *Club* : ce serait peut-être le principal « résultat » de cette recherche, s'il fallait nous aussi commencer à réfléchir par objectifs ou par résultats probants (RPO et RPR). Greffer du Club, opérer des *greffes de Club*, partout, dans tous ces milieux où rôde la mort, où percole la violence, réelle ou symbolique. Greffer du Club, si le Club est bien l'opérateur, la fonction par excellence de cette institution du désir – et on pourra toujours lui trouver un autre nom, si on pense, comme certains étudiants d'un cégep de la Rive-Sud, que ça fait un peu infantilisant, que ça fait un peu trop piscine, golf, Med ou sandwich (au moins ça fait sourire, mais le nom n'a sans doute d'importance ici qu'historique). Ça peut avoir l'air d'une tâche titanesque – impossible, pour tout dire – face à ces immenses structures qui nous écrasent de tout leur poids bureaucratique et hiérarchique. Et pourtant, pourtant, ça ne prend souvent qu'une petite étincelle, un p'tit rien presque tout nu, tout en bas, très bas ; un intervenant qui s'arrête un instant, dans tout le brouhaha – la folie – de l'intervention et de la vie quotidienne : « *Punaise de sacristie ! mais qu'est-ce que je fous là ?* » Et s'il arrivait alors, seul ou avec un peu d'aide, seul et bientôt avec quelques amis, quelques collègues, quelques « usagers », à débayer un peu cette question-axiome – et surtout ce vers quoi elle pointe toujours –, à la débayer de tous les fantômes et de tous les fantasmes et de tous les mythes qui l'enveloppent toujours, alors peut-être que, quelque part, un instant, dans les interstices de

l'établissement, il y aurait cette étincelle, il se « passerait » quelque chose (Ledoux, 2005 ; 2023). Quelque chose comme de l'institution (et) du désir.

Institution du désir, paradoxale et tellement « intempestive » aujourd'hui – au sens de ces fameuses *Considérations intempestives* ou *inactuelles* (Nietzsche, 1990) : à contretemps, à contre-courant de l'Histoire –, *a fortiori* avec ses deux jambes, Freud et Marx, qui pourraient difficilement être plus antithétiques à notre époque et à sa fuite en avant capitaliste et destructrice, parfois fascisante. Nous ne sommes plus en 1917 ni en 1968. Au moment d'écrire ces lignes de désir, à l'automne 2024, est en train de s'ériger ici même au Québec la plus grande pyramide hiérarchique et techno-bureaucratique de l'histoire du Canada, tous domaines et secteurs confondus, organisation hypercentralisée qui sera appelée à produire de manière quasi industrielle les soins de santé et services sociaux, dont ceux en santé mentale, aux quelque 9 millions de personnes qui résident sur le territoire québécois. On pourrait certainement voir là, non pas tant d'ailleurs dans la seule création de Santé Québec que dans cette tendance à l'hypercentralisation gestionnaire et bureaucratique dont cette nouvelle société d'État n'est en fait que le dernier aboutissement, un obstacle majeur empêchant finalement toute forme d'institutionnalisation de ces établissements où sont prodigués les soins, empêchant toute mise en œuvre d'une quelconque « psychothérapie institutionnelle ». Ce l'est incontestablement, et il serait sans doute possible d'élaborer un théorème simple selon lequel la vie ou la vitalité, la puissance du désir et la qualité de l'ambiance soignante dans ces établissements – bref, leur institutionnalisation – sont inversement proportionnelles aussi bien à la hauteur de ladite pyramide hiérarchique et au degré de centralisation technocratique et gestionnaire qu'elle suppose. Pour tuer à la source toute forme de désir et de vie et d'ambiance, pour contenir la menace révolutionnaire que pourrait représenter une véritable libération du désir, il n'y a sûrement rien de mieux en effet que ces grandes hiérarchies statutaires rigides, rien de mieux non plus que cette « nouvelle gestion publique » autoritaire inspirée des grandes entreprises industrielles privées et donc obsédée par l'efficacité, le rapport coûts/bénéfices, par les résultats et les données probantes qui permettent de les mesurer objectivement, par tous ces protocoles standardisés qui devraient permettre – c'est prouver – de les atteindre en contrôlant les moindres faits et gestes tout au long de la chaîne de commandement, de haut en bas. Et alors, tout en bas, justement, de ce qu'il convient maintenant d'appeler ces *méga*-établissements, de ces énormes structures qui se blissent avec l'État mégalomane, se retrouvent dès lors des centaines de milliers de personnes qui se voient complètement dépossédées de leur milieu de travail, de leur milieu de vie, de ces milieux qui devraient en principe soigner, guérir, soutenir, éduquer, etc., mais qui leur deviennent parfaitement étrangers, étrangers à qui elles sont, à la singularité

de leur histoire et de leur désir, et dans lesquels ils ne peuvent donc pas se reconnaître. Bref, de ces milieux qui se révèlent donc souvent plus violents que soignants.

Ces structures sociales hyperhiérarchisées et ces logiques gestionnaires néolibérales qui font aujourd'hui consensus au sommet de l'État constituent très certainement des obstacles majeurs à toute forme d'institutionnalisation au sens où l'entend la psychothérapie institutionnelle, pas seulement d'ailleurs dans les établissements publics, mais aussi dans les milieux communautaires ou associatifs qui se voient de plus en plus soumis aux mêmes logiques. Mais ces obstacles sont peut-être aussi, paradoxalement, ce qui rend la psychothérapie institutionnelle encore si pertinente et nécessaire aujourd'hui, un peu de la même façon que les camps de la mort avaient rendu nécessaire, urgente et pour ainsi dire inévitable son invention pendant et après la Deuxième Guerre mondiale. Peut-être d'autant plus pertinente, d'ailleurs, qu'elle s'est construite théoriquement et cliniquement en tenant explicitement compte de ces différents « obstacles » – c'est tout le sens de cette distinction cardinale entre établissement et institution –, de ces obstacles qui ont commencé à apparaître sous leur forme contemporaine dans les sociétés occidentales de l'après-guerre et dans lesquelles la psychothérapie institutionnelle, comme tant de sociologues et philosophes, repérait les mêmes logiques socioéconomiques, industrielles, organisationnelles et bureaucratiques qui avaient mené à la Shoah. En ce sens, on aurait sûrement tort d'attendre la disparition de ces obstacles pour commencer à créer de l'institution, pour commencer à faire circuler du désir, car cela reviendrait ni plus ni moins à attendre la disparition de l'établissement, alors que c'est précisément ce qu'il s'agit d'institutionnaliser dès maintenant. On aurait tort d'attendre la disparition de ces obstacles comme on aurait tort aussi d'attendre que l'institution nous vienne miraculeusement d'en haut, d'un directeur, d'un ministre ou d'un gestionnaire. L'institution ne vient jamais d'en haut, elle ne peut jamais émerger que d'en bas, par le très-bas, là où se rencontrent les désirs dans ce qu'ils ont de plus vif, de plus brûlant, de plus sauvage. On pourra penser qu'en un sens, l'institution est toujours et déjà là, juste là, latente, potentielle, institution en puissance – de cette puissance du désir –, n'attendant que cette petite étincelle – au hasard des rencontres de quelques désirs – pour commencer à exister et, peut-être, pour se répandre, telle une traînée de poudre, dans tous les recoins de l'établissement, voire peut-être au-delà, dans la société, dans une société qui commencerait alors à se réinventer comme société du désir, société qui serait forcément « contre l'État ».

ANNEXE A

GRILLE D'OBSERVATION PROVISOIRE ANNOTÉE

(principales catégories d'analyse ou unités d'observation)

- **Lieux physiques (extérieurs et intérieurs) et organisation de l'espace** – observés et décrits en relation avec les pratiques sociales qui s'y déroulent et/ou qui les « produisent ».
 - Ex. : lumière, sons, odeurs, température, etc.
 - Production de cartes et diagrammes (cf. aussi *infra* : « Participants »).
 - Perspective hétérotopologique (Foucault, 2001i).
- **Organisation du temps** – observés et décrits en relation avec les pratiques sociales et l'organisation de l'espace.
 - Ex. : horaires, programmes, rythmes, etc.
- **Participants (soignants, patients, observateur et autres)** – observés et décrits en relation avec les pratiques sociales auxquelles ils participent et l'organisation de l'espace-temps.
 - Positions et déplacements dans l'espace-temps.
 - Production de cartes de déambulation (lignes d'erre) (cf. Alvarez de Toledo, 2013).
 - Rapport de soi à soi, aux autres et aux mondes.
 - Comptage (soignants / patients / autres).
 - Situation sociale et familiale.
 - Description physique.
 - Genre, âge, fonction, etc. (tableau des participants).
 - Diversité ou homogénéité ?
- **Pratiques, interactions, événements** – observées et décrites en relation avec toutes les autres catégories (contexte).
 - Chroniques de pratiques, d'activités, scènes, etc.
 - Fréquence et longueur des interactions.
 - Atmosphère, ambiance.
 - Émotions, affects, imaginaire.
 - Rapport des participants entre eux et à l'institution (ex. : hiérarchie, initiative, etc.).
 - Rapports entre soignants et soignés ; entre soignants ; entre soignés.
 - Dimension éthique et politique (cf. *infra* et Van Campenhoudt et *al.*, 2017 : 52-4).
- **Pratiques symboliques et langagières** – observées et décrites comme pratiques sociales.
 - Prise de parole : qui parle ? (ex. : temps de parole, contrôle de la parole, etc.).
 - Lexique et niveau de langue.
 - Thèmes et registre des échanges (cf. Nez, 2011).
 - Pratiques gestuelles et corporelles.
 - Symboles et utilisation des objets comme médiation symbolique.
 - Sens que les participants attribuent aux pratiques, événements, objets, etc.
 - Pratiques de subjectivation ou d'assujettissement (cf. *supra* : §2.3)

- **Cadre normatif et axiologique** – observé et décrit comme produits de pratiques et interactions sociales.
 - Règles, normes, valeurs, codes, lois, etc.
- **Objets (naturels et artefacts)** – observés et décrits comme produits de pratiques sociales, en relation avec l'organisation de l'espace-temps.
 - Importance dans le travail thérapeutique (médiation symbolique de l'objet).
- **Notes analytiques**
 - Liens entre les différentes catégories d'analyse.
 - Liens avec les hypothèses de recherche.
 - Pré-théorisation, pré-production du sens des observations.
- **Notes réflexives**
 - Impressions, émotions, affects.
 - Réactions transférentielles.
 - Posture et position subjective (observation / participation) comme pratique sociale.
 - Préjugés, biais culturels, difficultés.
 - Rapport aux participants.
- **Notes prospectives**
 - Nouvelles hypothèses ou questions à explorer.
 - Données à trianguler.
 - Observations à réaliser pour « saturer » les catégories d'analyse.
 - Réflexions sur l'instrument d'observation (grille).
 - Nouvelles catégories d'analyse à envisager.
 - Notes en vue du traitement et de l'analyse des données.

Références générales :

- Arborio et Fournier, 2005.
- Martineau, 2005 : 10-1.
- Nez, 2011.
- Van Campenhoudt et *al.*, 2017 : 230-50.

ANNEXE B
CONVENTION DE STAGE



CONVENTION DE STAGE

ENTRE LES SOUSSIGNÉS,

École de travail social

Université du Québec à Montréal

Adresse : 455, boul. René-Lévesque Est, local W-4020, Montréal (Québec) H2L 4Y2 CANADA

Téléphone : +1 (514) 987-4171

Représentée par Madame Myriam DUBE, en sa qualité de directrice des programmes d'études supérieures en travail social

ci-après dénommée, « **l'établissement de formation** »

ET

Clinique de Cour-Cheverny – Château de la Borde

Adresse : 120, route de Tour-en-Sologne, 41700 Cour- Cheverny

Téléphone : 02-54-79-77-77

N° SIRET : 388 313 140 00013

Représentée par Madame **Flore PULLIERO**, en qualité de directrice adjointe

ci-après dénommée « **l'entreprise d'accueil** »

ET

Louis CHAPUT-RICHARD

Étudiant à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal

Né le 27 juin 1981

Nationalité : canadienne

Adresse : 305-2000, rue Tansley, Montréal (Québec) H2K 2L3

Téléphone : +1 (438) 831-8115 ou +33 7 49 77 23 33

Ci-après dénommé « **le stagiaire** »

IL EST PRÉALABLEMENT EXPOSÉ CE QUI SUIT :

La présente convention règle les rapports entre l'établissement de formation, l'entreprise d'accueil et le stagiaire. En aucun cas le stage ne peut débuter avant la signature de la Convention par l'ensemble des parties. La présente Convention prend effet à compter de la signature de toutes les parties.

Ceci étant exposé, il a été arrêté et convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : PROJET PÉDAGOGIQUE ET CONTENU DU STAGE

1. Objet du stage

Les parties rappellent les termes de l'article **L.612-8 al 5 du code de l'éducation**, selon lesquels « le stage correspond à une période temporaire de mise en situation en milieu professionnel au cours de laquelle l'étudiant acquiert des compétences professionnelles qui mettent en œuvre les acquis de sa formation en vue de l'obtention d'un diplôme ou d'une certification. Le stagiaire se voit confier une ou des missions conformes au projet pédagogique défini par son établissement d'enseignement et approuvées par l'organisme d'accueil. Les stages ne peuvent pas avoir pour objet l'exécution d'une tâche régulière correspondant à un poste de travail permanent de l'entreprise ».

Réalisé dans le cadre d'une maîtrise en travail social (profil mémoire de recherche) à l'Université du Québec à Montréal (Canada), le stage de recherche visé par la présente convention sera aussi l'occasion pour le stagiaire d'effectuer une recherche de terrain et une collecte de données (par observation participante) dont il rendra compte dans son mémoire de maîtrise, lequel porte sur la psychothérapie institutionnelle et ses apports critiques et cliniques dans le champ du travail social en santé mentale. Les détails de ce projet de recherche sont fournis dans le « Formulaire d'autorisation à la recherche » (en annexe) signé par l'établissement d'accueil.

2. Contenu du stage

Le programme et les objectifs pédagogiques du stage sont définis conjointement par les responsables du stagiaire dans l'établissement de formation et dans l'entreprise d'accueil. Ce stage a pour objet la découverte des principes de la psychothérapie institutionnelle et leur mise en œuvre dans la pratique soignante quotidienne à la Clinique de la Borde. Le stagiaire rendra compte de son expérience et de ses observations dans son mémoire de maîtrise en travail social.

ARTICLE 2 : MODALITÉS DU STAGE

1. Durée et dates du stage

Dates du stage : du 15 novembre 2021 au 09 janvier 2022

Durée du stage : huit (8) semaines

2. Déroulement du stage

Lieu du stage : Dans les locaux de l'entreprise d'accueil, à l'adresse susmentionnée

Organisation du temps de stage : le stage se déroule sur la base de 35 heures hebdomadaire suivant le planning de stage coconstruit en équipe.

Cas particuliers : le stagiaire pourra être amené à travailler le dimanche, les jours fériés, et sur l'horaire 17h-23h, dans la limite de ce volume horaire hebdomadaire.

3. Accueil et encadrement

Pendant la durée de son séjour dans l'organisme d'accueil, le stagiaire conserve son statut d'étudiant. Il fait l'objet d'un suivi par les enseignants responsables pédagogiques de l'établissement de formation, Mme Audrey GONIN et M. Marcelo OTERO, en relation avec le référent du stage dans l'entreprise d'accueil, Dr Pierre COUTURIER, médecin psychiatre, ci-après dénommé « tuteur ».

4. Gratification et avantages en nature

Les parties conviennent que le présent stage ne donnera lieu à aucune gratification.

Avantages : Hébergement sur place et repas.

ARTICLE 3 : Protection sociale

Pendant la durée du stage, le stagiaire reste affilié à son système de sécurité sociale antérieur. L'établissement de formation s'assure à cet égard que le stagiaire est bien couvert contre les risques maladie-maternité, invalidité et accidents du travail.

ARTICLE 4 : Responsabilité civile et assurances

L'entreprise d'accueil et le stagiaire déclarent être garantis au titre de la responsabilité civile. L'établissement de formation s'assure que le stagiaire est couvert au titre de la responsabilité civile. Le stagiaire s'engage à se couvrir par un contrat d'assistance et par un contrat d'assurance individuel accident.

Nom de la Compagnie de Responsabilité civile de la stagiaire :
Promutuel Assurance Vaudreuil-Soulanges s.m.a.g.

N° de la police d'assurance : R4200010695

ARTICLE 5 : confidentialité, propriété intellectuelle et déontologie

1. Confidentialité et déontologie

Le stagiaire est tenu de respecter la confidentialité des documents dont il a connaissance à l'occasion du stage. Le devoir de réserve est de rigueur absolue. Par suite, le stagiaire prend l'engagement de n'utiliser en aucun cas les informations personnelles ou identificatoires qu'il aurait pu recueillir ou obtenir à des fins de publication ou de communication à des tiers sans l'accord préalable de l'entreprise d'accueil, y compris le rapport de stage et le mémoire de maîtrise. Cet engagement vaut non seulement pour la durée du stage mais également après son expiration. Le stagiaire s'engage à ne conserver, emporter ou prendre copie d'aucun document appartenant à l'entreprise d'accueil sans l'accord de cette dernière.

Le stagiaire s'engage à adopter un comportement conforme aux règles de la déontologie, s'agissant particulièrement du rapport aux patients.

2. Propriété intellectuelle

Si le travail du stagiaire donne lieu à la création d'une œuvre protégée par le droit d'auteur, l'entreprise d'accueil doit obtenir l'accord préalable du stagiaire pour l'utiliser. Un contrat devra alors être signé entre le stagiaire et l'entreprise d'accueil.

ARTICLE 6 : Discipline et Absence

1. Discipline

Durant son stage, le stagiaire est soumis à la discipline et au règlement intérieur de l'entreprise d'accueil, qui sera porté à sa connaissance. En cas de manquement particulièrement grave à la discipline, l'entreprise d'accueil se réserve le droit de mettre fin au stage, tout en respectant les dispositions fixées aux articles 6 alinéa 2 et 7 de la présente convention.

2. Absence

Au cours du stage, le stagiaire pourra bénéficier de congés sous réserve d'accord de l'entreprise d'accueil qui vérifiera le respect du nombre de jours de présence effective.

Toute interruption temporaire du stage, justifiée ou non, doit être signalée par le tuteur responsable du stage au sein de l'entreprise d'accueil au responsable légal ainsi qu'à l'enseignant responsable pédagogique de l'établissement de formation.

ARTICLE 7 : Interruption et rupture de stage

En cas de volonté d'une des parties d'interrompre définitivement le stage, celle-ci devra sans délai en informer les deux autres parties par écrit.

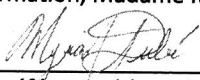
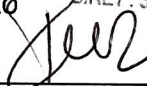
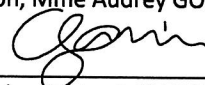
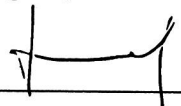
La rupture est en principe amiable. En toute hypothèse, les raisons invoquées seront examinées par l'ensemble des parties, en étroite concertation. La décision définitive d'interruption du stage ne sera prise qu'à l'issue de cette phase de concertation.

ARTICLE 8 : Evaluation du stage

En fin de stage, le responsable du stage dans l'organisme d'accueil ou le tuteur donne au responsable pédagogique de l'établissement de formation, son appréciation sur le travail du stagiaire, selon les objectifs définis. Une attestation de stage est remise au stagiaire.

Fait à Cour-Cheverny (France) et à Montréal (Québec, Canada), le 15/11/2021

SE CLINIQUE DE COUR CHEVERNY
CHATEAU DE LA BORDE
41000 COUR CHEVERNY
SIRET : 338 313 140 00013 - APE : 8610Z

Le Responsable légal de l'organisme de formation, Madame Myriam DUBE 	Le responsable légal de l'entreprise d'accueil, Madame Flore PULLIERO 
Le référent pédagogique de l'organisme de formation, Mme Audrey GONIN 	Le tuteur responsable du suivi de stage dans l'entreprise d'accueil, Dr Pierre COUTURIER 
Le stagiaire, M. Louis CHAPUT-RICHARD 	

ANNEXE C
FORMULAIRE D'AUTORISATION À LA RECHERCHE
CLINIQUE DE COUR-CHEVERNY (LA BORDE)

**Autorisation à la recherche
Clinique de Cour-Cheverny (La Borde)**

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Titre du projet de recherche

Psychothérapie et analyse institutionnelles : apports critiques et cliniques dans le champ du travail social en santé mentale

Étudiant-chercheur principal

- Louis Chaput-Richard
chaput_richard.louis@courrier.uqam.ca
+33 7 49 77 23 33

Université d'appartenance : Université du Québec à Montréal (UQAM)

Programme d'appartenance : Maîtrise en travail social (mémoire de recherche)

Direction de recherche

- Audrey Gonin, professeure, École de travail social (UQAM)
gonin.audrey@uqam.ca
- Marcelo Otero, professeur, Département de sociologie (UQAM)
otero.marcelo@uqam.ca

Partenaires du projet

La présente recherche est réalisée en partie dans le cadre d'un stage de recherche au Laboratoire d'étude sur la philosophie dans son histoire et ses interactions contemporaines (LESPHI) de l'Équipe de recherche sur les rationalités philosophiques et les savoirs (ERRAPHIS) de l'Université de Toulouse Jean-Jaurès (France).

La supervision scientifique de ce stage de recherche est assurée par :

- Pierre Montebello, professeur, Département de philosophie
Directeur du LESPHE, Université de Toulouse Jean-Jaurès
pierre.montebello@univ-tlse2.fr

Financement (organismes subventionnaires)

Ce projet de recherche est financé en partie par le Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) dans le cadre de son programme de Bourse de maîtrise en recherche et de son programme de Bourse pour stage hors Québec. Le FRQSC est un organisme gouvernemental à but non lucratif qui relève du gouvernement du Québec et qui vise à promouvoir et développer la recherche, la diffusion et la mobilisation des connaissances dans les domaines des sciences sociales et humaines, de l'éducation, des arts et des lettres.

PROJET DE RECHERCHE

Cette recherche vise à identifier et évaluer les apports actuels et potentiels, la pertinence et les limites de la psychothérapie institutionnelle dans le champ du travail social en santé mentale, notamment dans le contexte social et institutionnel propre à la société québécoise.

Objectifs principaux

- 1) Observer, analyser et évaluer les différentes formes de pratiques de soin et d'intervention mises en œuvre dans une clinique de psychothérapie institutionnelle ;
- 2) Documenter et analyser ces pratiques sur les plans théorique et clinique afin de :
 - a) Dégager leur spécificité par rapport aux autres formes de pratiques dans le champ actuel de la santé mentale ;
 - b) Réfléchir à leur pertinence pour le travail social contemporain tel qu'il est pratiqué au Québec, notamment dans le champ de la santé mentale ;
 - c) Identifier leurs limites et les obstacles à leur potentielle mise en œuvre dans le champ du travail social en santé mentale québécois.

MÉTHODOLOGIE ET PROCÉDURES DE RECHERCHE

Méthodologie d'observation directe et participante

Afin d'explorer les pratiques et les dispositifs cliniques de la psychothérapie institutionnelle et d'évaluer leur pertinence et leurs apports potentiels dans le champ du travail social en santé mentale, la présente recherche s'appuie d'abord sur une méthodologie d'observation directe et participante de type ethnographique. Cette méthodologie vise à permettre au chercheur d'observer et d'expérimenter de l'intérieur la vie et les dynamiques institutionnelles qui se déploient dans une clinique de psychothérapie institutionnelle, en y participant activement.

Lieu et durée

La clinique de Cour-Cheverny (La Borde), en France, a été sollicitée afin de permettre au chercheur de mettre en place ce dispositif de collecte de données et donc de mener cette recherche de terrain sur la psychothérapie institutionnelle. Cette collecte de données doit s'étaler sur une période de quarante-six (46) jours, du 25 novembre 2021 au 9 janvier 2022.

Procédures de recherche et considérations éthiques

Pour réaliser cette collecte de données, le chercheur sera invité à s'intégrer et à participer activement à la vie collective et institutionnelle de la clinique comme stagiaire. À ce titre, il se verra attribuer les mêmes rôles, tâches et fonctions qui sont généralement attribués par la clinique à ses stagiaires.

Des observations seront réalisées et des données seront recueillies dans l'ensemble des lieux et espaces communs de la clinique où se déroule la vie collective et institutionnelle, sans restriction. Aucune tâche particulière (entrevue, témoignage ou autres) ne sera demandée, dans le cadre de cette observation participante, aux personnes qui vivent, séjournent ou travaillent à la clinique. Bien que le chercheur soit inévitablement amené à observer ces personnes, leurs pratiques et leurs interactions dans les différents espaces de la clinique, il ne recueillera aucune donnée identificatoire ni information personnelle dans le cadre de cette observation participante ; il ne procédera pas non plus à des enregistrements audio ou vidéo ni ne prendra de photographie à des fins de recherche sur les lieux de la clinique.

Au cours de son observation participante, le chercheur ne recueillera des données et informations que sur la vie collective et institutionnelle qui se déroule à l'intérieur de la clinique : ses logiques de fonctionnement, ses dynamiques, ses structures, ses procédures et pratiques, son organisation spatio-temporelle, ses règles, ses symboles, ses « codes », etc. L'institution sera donc la principale unité d'observation et d'analyse (une grille d'observation complète peut être fournie à la clinique, sur demande).

Le chercheur s'engage en outre à respecter la confidentialité de toutes les informations personnelles auxquelles il pourrait avoir accès dans le cadre de cette recherche. Si le chercheur devait recueillir et utiliser des données permettant d'identifier indirectement des personnes vivant, séjournant ou travaillant à la clinique – par exemple en décrivant certaines pratiques ou interactions qu'il a observées –, il s'assurerait que ces données demeurent strictement anonymes à toutes les étapes du processus de recherche, de leur collecte à leur diffusion.

L'ensemble des personnes qui vivent, séjournent ou travaillent à la clinique seront informées de la présence du chercheur, de ses différents rôles et activités, ainsi que des objectifs de la recherche. En plus de faire des rappels verbaux lors des activités auxquelles il participe dans la clinique, le chercheur utilisera plusieurs autres moyens pour s'assurer que ces personnes possèdent toutes les informations pertinentes au sujet de la recherche : affiches dans les espaces communs de la clinique, annonce dans le journal hebdomadaire (*Les Nouvelles labordiennes*), sur le site Web et/ou la page Facebook de la clinique, documents d'information et de référence exhaustif mis à la disposition des personnes participantes à plusieurs endroits dans la clinique choisis pour leur accessibilité et leur affluence, etc.

Enfin, dans le cadre de ce projet, le chercheur pourrait solliciter certains employés de la clinique – moniteurs, intervenants, médecins, etc. – afin qu’ils participent à des entretiens individuels au cours desquels ils seraient interrogés sur leur expérience et leur perception de la psychothérapie institutionnelle. La participation à ces entretiens, qui serait entièrement optionnelle et volontaire, fera l’objet, le cas échéant, d’un formulaire de consentement distinct.

AVANTAGES, RISQUES ET INCONVÉNIENTS POSSIBLES

En participant à cette recherche, la clinique de Cour-Cheverny contribuera à l’avancement des connaissances sur la psychothérapie institutionnelle et sur les apports possibles de celle-ci dans le champ du travail social en santé mentale. Elle contribuera également à la diffusion internationale des idées, concepts, dispositifs et pratiques cliniques de la psychothérapie institutionnelle et, ce faisant, à l’amélioration des soins offerts aux personnes qui vivent avec un trouble de santé mentale. La participation de la clinique à ce projet de recherche ne fait l’objet d’aucune compensation financière.

La participation à cette recherche comporte peu de risques ou inconvénients pour la clinique ou les personnes qui y vivent, y séjournent ou y travaillent. La présence du chercheur à certaines activités de la clinique pourrait toutefois être source d’inconfort pour certaines de ces personnes. Celles-ci pourraient alors demander à ne pas être observées et/ou se retirer du projet de recherche sans avoir à fournir de justification ; le chercheur cesserait alors ses observations et sa collecte de données dans toutes les situations auxquelles ces personnes participent directement et pourrait aussi, à leur demande, détruire les données précédemment recueillies. Ce droit de retrait est précisé dans le *Document d’information et de référence* et sera rappelé régulièrement, par différents moyens, à l’ensemble des personnes participantes.

Le chercheur conservant son indépendance tout au long de sa recherche, il pourrait en venir, en diffusant les résultats de la recherche, à formuler certaines réserves, questions ou critiques concernant des pratiques qu’il aura observées pendant son séjour à la clinique. Les résultats de la recherche seront transmis à la clinique par courrier électronique au terme du projet. Une présentation et une discussion de ces résultats, en personne ou par visioconférence, pourraient également être organisées avec les responsables de la clinique et les personnes intéressées.

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

Pour toutes questions additionnelles sur le projet de recherche et sur la participation de la clinique, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal ou la direction de recherche aux coordonnées fournies ci-dessus.

Le projet auquel la clinique est invitée à participer sera approuvé par le Comité d’éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) de l’Université du Québec à Montréal. Pour des informations concernant les responsabilités du chercheur sur le plan éthique ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le coordonnateur du CERPE, M. François Drainville (cerpe.fsh@uqam.ca).

ENGAGEMENT ET DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je, soussigné, certifie :

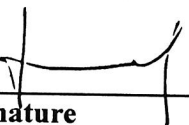
- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire ;
- b) lui avoir expliqué les objectifs du présent projet de recherche et la nature, les avantages et les risques de la participation au projet ;
- c) avoir répondu au meilleur de mes connaissances aux questions qu'il m'a posées ;
- d) lui avoir clairement indiqué que la Clinique de Cour-Cheverny reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus ;
- e) que je remettrai au signataire une copie signée et datée du présent formulaire.

Louis Chaput-Richard

Chercheur principal

chaput_richard.louis@courrier.uqam.ca

+33 7 49 77 23 33


Signature

15 novembre 2021

Date

AUTORISATION

À titre de représentant de la Clinique Cour-Cheverny, je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de la participation de la clinique, ainsi que les avantages, risques et inconvénients possibles que comporte cette participation. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

La clinique de Cour-Cheverny accepte de participer à cette recherche et autorise le chercheur à réaliser sur les lieux de la clinique l'ensemble des activités de recherche décrites dans le présent projet. La clinique peut toutefois retirer en tout temps cette autorisation et ce consentement sans préjudice d'aucune sorte.

Une copie signée de ce formulaire d'information et d'autorisation sera remise à la clinique.

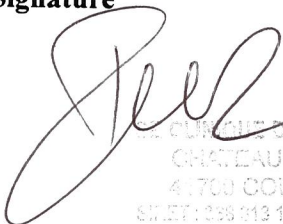
Prénom et nom

FLORE PULIERO

Fonction

DIRECTRICE ADJOINTE

Signature



Date

15.11.2021

ANNEXE D

ENTREVUE POUR LE JOURNAL *LES NOUVELLES LABORDIENNES*

(publiée dans le no 944, le 26 novembre 2021)

Depuis une semaine et demi a fait une interview de Louis.

Tu viens de Montréal, au Québec, et tu étudies actuellement en travail social. Pourrais-tu nous expliquer ce qu'est le travail social ?

Je pense qu'on pourrait dire du travail social ce que François Tosquelles disait de la psychothérapie institutionnelle, c'est-à-dire qu'en soi, il n'existe pas, c'est quelque chose qui est en mouvement, constamment à inventer, et donc impossible à définir une fois pour toutes. Pour comprendre ce qu'est le travail social, en tout cas au Québec, car ça n'a pas exactement le même sens qu'en France, on peut revenir à son sens premier, qui serait de travailler et transformer « le social » et la société, c'est-à-dire le lien normatif entre les individus, les groupes sociaux et les institutions, dans une perspective soignante, peut-être même libératrice. Je pense que c'est là que la psychothérapie institutionnelle peut se révéler intéressante pour repenser et transformer le travail social.

Tu travailles aussi dans une structure de soin au Québec. Peux-tu nous expliquer son fonctionnement ?

Je travaille à la Maison l'Éclaircie, une structure – au Québec on dirait plutôt un organisme – qui accueille des personnes aux prises avec des symptômes ou des difficultés liés à la psychose. En raison de son approche de soin, qui est psychanalytique, il y a peut-être une certaine parenté avec ce qui se fait ici La Borde. Par exemple, nous avons nous aussi plusieurs ateliers – et si je ne me trompe pas, c'est une inspiration directement labordienne.

Mais la structure est beaucoup plus petite, elle accueille 10 pensionnaires, et il y a aussi une cinquantaine de personnes qui résident dans ce que nous appelons les Habitations, situées à proximité, un peu l'équivalent des « Maisons associatives » à Blois. La vie quotidienne s'organise un peu comme ici à La Borde, d'abord autour d'une réunion à 9h30 le matin – nous avons nous aussi notre Orange Accueil ! –, autour des repas, des ateliers et des tâches. Des intervenants – ce que vous appelez ici les moniteurs – sont présents 24 heures sur 24 à la Maison et disponibles pour soutenir les résidents dans leurs activités ou encore lorsqu'ils vivent des difficultés. Nous essayons de faire de la maison un milieu accueillant, ouvert, un espace de parole libre.

Comment as-tu connu la Clinique de la Borde ?

J'en ai d'abord entendu parler lorsque je faisais mes études de philosophie en France, à Toulouse, il y a une dizaine d'années. Je lisais des philosophes qui avaient gravité de près ou de loin autour de La Borde, comme Gilles Deleuze, Michel Foucault, Henri Maldiney et

surtout Félix Guattari, qui a vécu et travaillé à La Borde toute sa vie. Je m'étais alors promis de venir faire un tour à La Borde, un jour, pour expérimenter ce qui s'y passe, car je ne pense pas que l'on peut connaître la psychothérapie institutionnelle par les livres ; comme le disait Oury, il faut d'abord la « vivre », l'expérimenter de l'intérieur. C'est le sens de mon séjour ici.

Maintenant que tu es arrivé, est-ce que tu comprends mieux l'esprit de La Borde, celui que le Dr. Oury a voulu lui donner depuis sa fondation ?

Franchement, je dirais que non, pas encore... car je suis seulement arrivé depuis une semaine! Je crois que ça demande du temps pour arriver à se laisser imprégner par cet esprit, ces ambiances, ces rythmes, au hasard des rencontres et des activités, et peut-être encore plus de temps pour les « comprendre ». Toi qui vis ici depuis plusieurs années, comment décrirais-tu ce qu'est l'esprit de La Borde pour toi ?

Je pense que c'est de comprendre que tout ce qui se passe dans la Borde a une importance pour le soin. C'est le Club et le comité hospitalier, avec la loi 1901. C'est surtout important la cohésion et le respect entre les gens, et de permettre aux gens d'être actifs, mais pas dans l'excès, par exemple aux ateliers, au SAM et aux réunions. Le journal est d'ailleurs très important, il fournit les informations sur La Borde et les activités. Tout ça, c'est l'esprit de la psychothérapie institutionnelle du Dr Jean Oury. J'espère que tu vas apporter quelque chose de cet esprit au Québec.

Et si la dimension de l'accueil est importante dans cet esprit de La Borde, je dirais que j'ai déjà pu éprouver quelque chose de cet esprit labordien – l'accueil a été extraordinaire partout, depuis ma première visite de la clinique avec mon poisson-pilote. Je tiens d'ailleurs à te remercier, puisque tu étais ce poisson, mais aussi à remercier tous les Labordiens pour leur accueil.

Tu viens aussi à la clinique pour réaliser un projet de recherche. Peux-tu nous en parler ?

C'est un projet de recherche que je réalise dans le cadre d'une maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal, en collaboration avec une équipe de recherche du département de philosophie à l'Université de Toulouse Jean-Jaurès, en France. La recherche porte sur la psychothérapie institutionnelle, et j'essaie principalement de voir comment et en quoi elle pourrait nourrir les pratiques du travail social au Québec, et plus particulièrement de ce qu'on appelle le « travail social en santé mentale », qui est devenu en Amérique du Nord, dans les dernières décennies, un domaine de pratique à

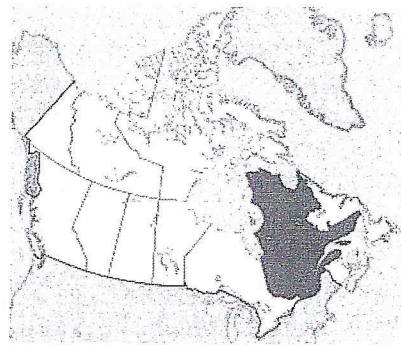
part entière, et même en pleine expansion. De plus en plus de travailleurs sociaux pratiquent en effet dans le champ de la psychiatrie aujourd'hui, ce qui soulève toutes sortes de questions – et notamment, pour reprendre celle d'Oury : « qu'est-ce que nous foutons là... ? »

Donc pour comprendre en quoi la psychothérapie institutionnelle peut être pertinente pour ce travail social, il me semblait essentiel d'aller l'expérimenter, d'aller voir ce qu'elle est devenue aujourd'hui, entre autres à La Borde, où elle a été largement inventée. C'est que je vais faire ici ; dans le jargon scientifique, nous appelons ça une enquête ethnographique, ou une observation participante : je vais observer la vie collective et institutionnelle – ses dynamiques, ses pratiques, son organisation –, en y participant comme stagiaire pendant 8 semaines, donc jusqu'au 9 janvier 2022. J'ai d'ailleurs laissé un document à l'Association culturelle qui contient toutes les informations sur le projet de recherche. Si vous, Labordiens, avez des questions additionnelles, je vous prie de ne pas hésiter à me les poser en personne, ça nous donnera aussi une occasion de faire connaissance !

Et en terminant, Louis, quelle est la superficie du Québec ?

Ha! Question surprise! C'est grand, le Québec! On dit souvent que le territoire du Québec est trois fois plus grand que celui de la France, alors qu'il est presque dix fois moins peuplé... La population est largement concentrée dans le sud, près de la frontière avec les États-Unis. Mais plus au nord, il y a de vastes territoires, habités entre autres par des peuples autochtones.

■■■■■■■■■■, Louis (stagiaire).



Où c'est l'Quebec.

Interview au sujet de la musique, d'■■■■■■■■■■.

Ce qui me tient dans la musique, pour moi, c'est la vie.

Cela me remplit de joie les jours où ça ne va pas, je ne peux pas le dire autrement.

C'est un travail de concentration. De maîtrise de soi. De confiance en soi.

Je fais du saxophone soprano. Je prends des cours à l'école de musique de Blois : les cours de saxo depuis deux ans, et les cours de clarinette maintenant depuis 18 ans.

Mon morceau préféré, c'est *Petites Fleurs* de Sydney Bechet - c'est un morceau de Jazz.

■■■■■■■■■■, ■■■■■■■■■■.

La clinique veut offrir un cadeau à chaque pensionnaire pour Noël, cette année encore.

Elle (la clinique), délègue au club le soin d'acheter ces cadeaux.

Comment le club peut-il penser cela ?

Ce sont des équipes paritaires nées de constellations transférentielles qui pourraient aller dénicher les petits présents qui seront donnés le 25 décembre à l'intention de chacun et plus tard pour ceux qui seront absents.

Depuis deux ans se pose la question d'un cadeau collectif. on compte les voix !

Mais ce qui est important, c'est moins les cadeaux que le rituel collectif, l'ambiance, le plaisir d'être ensemble et de se réunir à l'occasion de cette fête de la lumière.

■■■■■■■■■■, ■■■■■■■■■■ et ■■■■■■■■■■.



ANNEXE E
AFFICHE DU PROJET DE RECHERCHE

Projet de recherche sur la psychothérapie institutionnelle

Observation participante à la Clinique de La Borde

La Clinique de Cour-Cheverny (La Borde) et l'ensemble des personnes qui y vivent, y séjournent et y travaillent sont invitées à participer à un projet de recherche qui porte sur la psychothérapie institutionnelle, l'approche de soin privilégiée par la clinique.

En effet, **du 15 novembre 2021 au 15 janvier 2022**, un étudiant-chercheur de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), Louis Chaput-Richard, sera présent à la clinique pour y réaliser cette recherche dans le cadre de ses études en travail social. Cette recherche prendra la forme d'une observation participante, c'est-à-dire que le chercheur observera et expérimentera « de l'intérieur » la vie collective et institutionnelle de la clinique, et ce, en y participant activement à titre de stagiaire. En ce sens, il aura les mêmes rôles, tâches et fonctions que les autres stagiaires de la clinique.

Cette recherche n'implique aucune tâche ou action particulière de votre part. Au contraire, il vous est demandé de poursuivre l'ensemble de vos activités comme vous le faites habituellement dans la clinique. Le chercheur ne recueillera, dans le cadre de sa recherche, aucune donnée identificatoire ou information personnelle sur les personnes qui vivent, séjournent ou travaillent à la clinique ; il observera uniquement la vie et les dynamiques collectives et institutionnelles, ainsi que les pratiques et dispositifs de soin.

Votre participation à ce projet demeure entièrement volontaire ; vous pouvez refuser d'y participer ou vous en retirer en tout temps, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à fournir la moindre justification. Il vous suffit pour ce faire d'en informer un membre de l'équipe soignante ou le chercheur lui-même, verbalement ou par courriel (à l'adresse ci-dessous). Le chercheur cesserait alors ses observations et sa collecte de données dans toutes les situations auxquelles vous participez directement.

Pour obtenir plus d'informations sur les objectifs de cette recherche, les procédures et la méthodologie utilisées, les avantages, les risques et inconvénients qu'elles comportent, vous pouvez consulter le *Document d'information et de référence*, mis à votre disposition à plusieurs endroits dans la clinique, dont à l'Accueil. Si vous avez des questions additionnelles, n'hésitez pas à les poser au chercheur, qui se fera un plaisir d'y répondre. Vous pouvez également communiquer avec lui à tout moment par courriel :

projet.analyse.institutionnelle@gmail.com

Le chercheur vous remercie de votre participation à ce projet, qui promet de contribuer à la diffusion internationale des idées et pratiques de la psychothérapie institutionnelle !

ANNEXE F
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
ET AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Psychothérapie et analyse institutionnelles : apports critiques et pertinence clinique dans le champ du travail social en santé mentale

Nom de l'étudiant : Louis Chaput Richard

Programme d'études : Maîtrise en travail social (mémoire de recherche)

Direction(s) de recherche : Audrey Gonin; Marcelo Otero

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2022-11-26**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPE FSH

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Désir et institution : apports critiques et cliniques de la psychothérapie institutionnelle dans le champ du travail social en santé mentale

Nom de l'étudiant : Louis Chaput Richard

Programme d'études : Maîtrise en travail social (mémoire de recherche)

Direction(s) de recherche : Audrey Gonin; Marcelo Otero

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Sophie Gilbert
Professeure, Département de psychologie
Présidente du CERPÉ FSH

BIBLIOGRAPHIE

- Action Autonomie. (2016). *Quand l'inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie. Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001)*. Action Autonomie.
- ACTS – Association canadienne des travailleurs sociaux. (2001). *Le rôle du service social dans le champ de la santé mentale*. Récupéré de : www.casw-acts.ca/fr/
- Aisenstein, M. (2007). Les psychothérapies psychanalytiques n'existent pas. *Le Carnet PSY*, 116(3), 46-49.
- Allouch, J. (1998). *La psychanalyse, une érotologie de passage*. EPEL.
- Althusser, L. (2005). *Pour Marx*. La Découverte.
- Althusser, L. (2011). Idéologie et appareils idéologiques d'État (notes pour une recherche). Dans *Sur la reproduction* (p. 269-304). PUF.
- Alvarez de Toledo, S. (2013). *Cartes et lignes d'erre : traces du réseau de Fernand Deligny, 1969-1979*. L'Arachnéen.
- Anadon, M. et Savoie Zajc, L. (2009). Introduction. L'analyse qualitative des données. *Recherches qualitatives*, 28(1), 1-7.
- Artaud, A. (2003). *Héliogabale, ou l'anarchiste couronné*. Gallimard.
- APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Apollon, W., Bergeron, D. et Cantin, L. (dir.). (1990). *Traiter la psychose*. GIFRIC.
- Apollon, W. (1990). Psychanalyse et traitement des psychotiques. Dans W. Apollon, D. Bergeron et L. Cantin (dir.), *Traiter la psychose* (p. 77-110). GIFRIC.
- Arborio A.-M. et Fournier P. (2005). Collecter les matériaux. Dans F. Singly (dir.), *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe* (p. 45-60). Armand Colin.
- Arborio, A.-M., Fournier, P. et Singly, F. de (2015). *L'observation directe*. Armand Colin.
- Ayme, J. (1995). *Chronique de la psychiatrie publique*. Érès.
- Bachelard, G. (1967). *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Vrin.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. PUF.

- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherche qualitative*, 28(1), 133-148.
- Barrère, I. (réalis.). (1977). *La Borde, ou le droit à la folie* [film documentaire]. INA - Institut national de l'audiovisuel.
- Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Seuil.
- Basaglia, F. (dir.). (1970). *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. Seuil.
- Basaglia, F. (2007). *Psychiatrie et démocratie : conférences brésiliennes*. Érés.
- Bastien, S. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127-140.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C. et Passeron, J.-C. (2005). *Le métier de sociologue : préalables épistémologiques*. Mouton de Gruyter.
- Bédard, D., Lazure, D. et Roberts, C. A. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Ministère de la Santé.
- Bellahsen, M. (2014). *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*. La Fabrique.
- Bentley, K. J. (2002). *Social Work Practice in Mental Health: Contemporary Roles, Tasks, and Techniques*. Brooks/Cole.
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (dir.). (2019). *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager*. Presses de l'Université du Québec.
- Bergson, H. (1992). *Durée et simultanéité : à propos de la théorie d'Einstein*. PUF.
- Berthiaume, A., Poirier, A., Simard, V., Tremblay-Fournier, C. et Simard, É. (dir.). (2021). *Grève des stages, grève des femmes : anthologie d'une lutte féministe pour un salaire étudiant (2016-2019)*. Éditions du Remue-ménage.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Éditions de Minuit.
- Borie, J., Chottin, A. et Zaoui, P. (2013). Le psychotique et le psychanalyste. Entrevue avec Jacques Borie. *Vacarme*, 62(1), 206-227.
- Boudreau, F. (2003). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*. Éditions Saint-Martin.
- Bourdieu, P. (dir.). (1993). *La misère du monde*. Seuil.
- Bourgeault, G. (2004). *Éthiques. Dit et non-dit, interdit, contredit*. Presses de l'Université du Québec.
- Burgess, R. G. (1995). *In the Field: An Introduction to Field Research*. Routledge.
- Butler, J. (2002). *La vie psychique du pouvoir : l'assujettissement en théories*. Éditions Léo Scheer.

- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. PUF.
- Cano, N. (2008). Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. *L'Encéphale*, 32(2), 205-212.
- Castel, R. (1968). Présentation ». Dans Goffman, E., *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (p. 7-35). Éditions de Minuit.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*. Éditions de Minuit.
- Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque. Dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47-48 : *Éducation et philosophie*, 19-27.
- Castel, R. (1981). *Le psychanalisme : l'ordre psychanalytique et le pouvoir*. Flammarion.
- Castel, R. (2011). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Éditions de Minuit.
- Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*. Boréal.
- Cooper, D. G. (1978). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Seuil.
- Copans, J. et Singly, F. (1998). *L'enquête ethnologique de terrain*. Nathan.
- Couturier, Y., Lacourse, F. et Mukamurera, J. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Curbelo Morin, D. et Laberge, J.-S. (2019). Introduction à *La Deleuziana 9 : Clinique schizoanalytique*. *La Deleuziana*, 9, 1-5.
- Daumezon, G. et Koechlin, P. (1952). La psychothérapie institutionnelle française contemporaine. *Anaïs portugaises de psiquiatria*, 4(4).
- Deleuze, G. (1965). *Nietzsche*. PUF.
- Deleuze, G. (1968). *Différence et répétition*. PUF.
- Deleuze, G. (1981). *Spinoza, philosophie pratique*. Éditions de Minuit.
- Deleuze, G. (1988). *Le Pli. Leibniz et le baroque*. Éditions de Minuit.
- Deleuze, G. (1997). *Nietzsche et la philosophie*. PUF.
- Deleuze, G. (2003). Trois problèmes de groupe (préface). Dans F. Guattari, *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle* (p. I-XI). La Découverte.
- Deleuze, G. (2004). *Foucault*. Éditions de Minuit.
- Deleuze, G. (2010). *Empirisme et subjectivité : essai sur la nature humaine selon Hume*. PUF.
- Deleuze, G. et Guattari, F. (1972). *Capitalisme et schizophrénie I : L'anti-Œdipe*. Éditions de Minuit.

- Deleuze, G. et Guattari, F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie II : Mille plateaux*. Éditions de Minuit.
- Deleuze, G. et Guattari, F. (1992). *Qu'est-ce que la philosophie ?* Éditions de Minuit.
- Delion, P. (2018). *Fonction phorique, holding et institution*. Érès.
- Delion, P. (2022). *La constellation transférentielle*. Érès.
- Depussé, M. (2012). Présentation. Dans Guattari, F., *De Leros à La Borde* (p. 9-23). Éditions Lignes.
- Derrida, J. (1963). Cogito et histoire de la folie. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 68(4), 460-494.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Aubier.
- Didelet, S. (2021). *Abécédaire provisoire de psychothérapie institutionnelle. La boîte à outils du Dr Oury*. L'Harmattan.
- Diener, Y. (2011). Manifeste pour la psychanalyse. *Essaim*, 26(1), 185-194.
- Dorvil, H. et Guttman, H. (1997). Trente-cinq ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996 (annexe 1). Dans Comité de la santé mentale du Québec, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dressen, W. (1989). L'élimination des malades mentaux. Dans F. Bédarida (dir.), *La politique nazie d'extermination*. Albin Michel.
- Dreyfus, H. L. et Rabinow, P. (1984). *Michel Foucault, un parcours philosophique : au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*. Gallimard.
- Duchesne, S. et Haegel, F. (2013). *L'enquête et ses méthodes: les entretiens collectifs*. Armand Colin.
- Ehrenberg, A. (2004a). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, 304(5), 133-156.
- Ehrenberg, A. (2004b). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 77-88.
- Ehrenberg, A. (2005a). La question mentale. Dans J. Furtos et C. Laval, *La santé mentale en actes : de la clinique au politique* (p. 255-262). Érès.
- Ehrenberg, A. (2005b). Le grand renversement. *Annales médico-psychologiques*, 163(3-4), 364-371.
- Ehrenberg, A. (2005c). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 17-42.
- Ehrenberg, A. (2006). Le cerveau de l'individu : neurosciences, psychiatrie, individualisme. Dans J. Collin, L. Monnaie-Rousselot et M. Otero (dir.), *Le médicament au coeur de la société contemporaine : regards croisés sur un objet complexe* (p. 19-33). Presses de l'Université du Québec.

- Ehrenberg, A. (2016). Santé mentale : quel cadre de réflexion pour quelle action ? *Esprit*, 12, 27-30.
- Ehrenberg, A. (2018). *La mécanique des passions : cerveau, comportement, société*. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. et Lovell, A. (dir.). (2001). *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*. Odile Jacob.
- Engels, F. (1975). *L'origine de la famille, de la propriété privée et de l'État*. Éditions sociales.
- Enjalbert, J. (2002). Le groupe et la psychothérapie institutionnelle. Dans J. Falguière (dir.), *Analyse de groupe et psychodrame* (p. 19-28). Érès.
- Faugeras, P. (2015). Rencontre avec Roger Gentis et Jean Oury. *VST - Vie sociale et traitements*, 125(1), 20-33.
- Faugeras, P. (2016). Introduction. Le précaire et l'aléatoire. Dans J. Oury et P. Faugeras, *Préalables à toute clinique des psychoses* (p. 7-11). Érès.
- Ferenczi, S. (1974). L'élasticité de la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 38(4), 507-519.
- Flaubert, G. (1887). *Madame Bovary. Mœurs de province*. G. Charpentier et Cie.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. Gallimard.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Gallimard.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Gallimard.
- Foucault, M. (1994). La folie et la société. Dans *Dits et écrits III : 1976-1979* (p. 477-499). Gallimard.
- Foucault, M. (1997). « Il faut défendre la société ». *Cours au Collège de France (1975-1976)*. Seuil.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*. Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2000). *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*. PUF.
- Foucault, M. (2001a). Nietzsche, Freud, Marx (1967). Dans *Dits et écrits I : 1954-1975* (p. 1004-24). Gallimard.
- Foucault, M. (2001b). Nietzsche, la généalogie, l'histoire (1971). Dans *Dits et écrits I : 1954-1975* (p. 592-607). Gallimard.
- Foucault, M. (2001c). Qui êtes-vous, professeur Foucault ? (1967). Dans *Dits et écrits I : 1954-1975* (p. 629-48). Gallimard.

- Foucault, M. (2001d). Guetter le jour qui vient (1963). Dans *Dits et écrits I : 1954-1975* (p. 289-96). Gallimard.
- Foucault, M. (2001e). Le sujet et le pouvoir (1982). Dans *Dits et écrits II : 1976-1988* (p. 1041-62). Gallimard.
- Foucault, M. (2001f). *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France (1981-1982)*. Gallimard.
- Foucault, M. (2001g). Entrevue avec Michel Foucault (1968). Dans *Dits et écrits I : 1954-1975* (p. 679-696). Gallimard.
- Foucault, M. (2001h). Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps (1977). Dans *Dits et écrits II : 1976-1988* (p. 228-36). Gallimard.
- Foucault, M. (2001i). Des espaces autres (1984). Dans *Dits et écrits II : 1976-1988* (p. 1571-81). Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*. Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2004a). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France (1977-1978)*. EHESS/Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2004b). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*. EHESS/Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2004c). Des espaces autres. *Empan*, 54(2), 12-19.
- Foucault, M. (2012). *Du gouvernement des vivants. Cours au Collège de France (1979-1980)*. EHESS/Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2013a). *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (2013b). *Histoire de la sexualité II : L'usage des plaisirs*. Gallimard.
- Foucault, M. (2013c). *Histoire de la sexualité III : Le souci de soi*. Gallimard.
- Fourquet, F. (2007). La subjectivité mondiale : une intuition de Félix Guattari. *Revue du MAUSS*, 29(1), 555-568.
- Freud, S. (1973a). Un enfant est battu. Contribution à la genèse des perversions sexuelles. Dans *Névrose, psychose et perversion* (p. 219-243). PUF.
- Freud S. (1973b). Le petit Hans : analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (1909). Dans *Cinq psychanalyses* (p. 93-198). PUF.
- Freud S. (1973c). Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique. Dans *Névrose, psychose et perversion* (p. 209-218). PUF.
- Freud, S. (1984). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Gallimard.
- Freud, S. (1995). *Le malaise dans la culture*. PUF/Quadrige.

- Freud, S. (1997). *La psychopathologie de la vie quotidienne : sur l'oubli, le lapsus, le geste manqué, la superstition et l'erreur*. Gallimard.
- Freud, S. (2003). *L'interprétation du rêve*. Dans *Œuvres complètes : Psychanalyse, IV (1899-1900)*. PUF.
- Freud, S. (2004). *Le président Schreber. Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (dementia paranoides) décrit sous forme autobiographique*. PUF.
- Freud, S. (2010). *L'analyse finie et l'analyse infinie*. Dans *Œuvres complètes : Psychanalyse, XX (1937-1939)* (p. 13-55). PUF.
- Freud, S. (2011). *Le moi et le ça*. PUF.
- Freud, S. (2013a). *La technique psychanalytique*. PUF.
- Freud, S. (2013b). *Au-delà du principe de plaisir*. PUF.
- Freud, S. (2013c). Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique. Dans *La technique psychanalytique* (p. 27-37). PUF.
- Freud, S. et Breuer, J. (2002). *Études sur l'hystérie*. PUF.
- Furtos, J. et Laval, C. (dir.). (2005). *La santé mentale en actes : de la clinique au politique*. Érès.
- Gardet, M. et Tétard, F. (2002). *La psychiatrie « associative » en mouvement : histoire de la Fédération des Sociétés de Croix-Marine (1947-1973)* [rapport de recherche]. Société Croix-Marine.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Éditions de Minuit.
- Gonin, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. Une approche psychosociale des représentations professionnelles : historicité, ancrages et fonctions* [thèse de doctorat]. Université Lumière Lyon 2.
- Gould, N. (2010). *Mental Health Social Work in Context*. Routledge.
- Guattari, F. (1976). Préface. La Borde, un lieu-dit... Dans J.-C. Polack et D. Sabourin, *La Borde, ou le droit à la folie* (p. 7-14). Calmann-Lévy.
- Guattari, F. (1977). *La révolution moléculaire*. Éditions Recherches.
- Guattari, F. (1989). *Les trois écologies*. Galilée.
- Guattari, F. (1998). La « grille ». *Chimères*, 34, 7-20.
- Guattari, F. (2003). *Psychanalyse et transversalité. Essais d'analyse institutionnelle*. La Découverte.
- Guattari, F. (2012). *De Leros à la Borde*, précédé de : *Journal de Leros*. Éditions Lignes.

- Guberman, N., Dorvil, H. et Maheu, P. (dir.). (1987). *Amour, bain, comprimé, ou L'ABC de la désinstitutionnalisation* (tome I). Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Heidegger, M. (1985). *Être et temps*. Authentica (édition hors-commerce).
- Henckes, N. (2015). La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? *Esprit*, 2015(3), mars-avril, 28-40.
- Hochmann, J. (2017). *Histoire de la psychiatrie*. PUF.
- Irigaray, L. (1977). *Ce sexe qui n'en est pas un*. Éditions de Minuit.
- Jaccoud, M. et Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 211-49). Gaëtan Morin.
- Jeangirard, C. (2018). *Une parole juste, de temps en temps, a des effets*. Éditions des Crépuscules.
- Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel : la psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Dunod.
- Kaës, R. (2010). *L'appareil psychique groupal*. Dunod.
- Kant, E. (1967). *Critique de la raison pure*. PUF.
- Keating, P. (1993). *La science du mal : l'institution de la psychiatrie au Québec (1800-1914)*. Boréal.
- Korzybski, A. (2003). *Une carte n'est pas le territoire : prolégomènes aux systèmes non-aristotéliens et à la sémantique générale*. Éditions de l'éclat.
- Kristeva, J. (1978). *Sēmeiōtikē : recherches pour une sémanalyse*. Seuil.
- La Borde (2020). La clinique et la psychothérapie institutionnelle. Clinique de La Borde / SE Clinique Cour Cheverny. <http://www.cliniquedelaborde.com/la-clinique.html>
- La Borde (2021). *Repères 2021 : livret d'accueil*. Clinique de La Borde / SE Clinique Cour Cheverny.
- Lacan, J. (1966a). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. Dans *Écrits* (p. 237-322). Seuil.
- Lacan, J. (1966b). La Chose freudienne ou le sens du retour à Freud en psychanalyse. Dans *Écrits* (p. 401-436). Seuil.
- Lacan, J. (1966c). *Écrits*. Seuil.
- Lacan, J. (1966d). Position de l'inconscient. Dans *Écrits* (p. 829-850). Seuil.
- Lacan J. (1966e). La direction de la cure et les principes de son pouvoir. Dans *Écrits* (p. 585-645). Seuil.

- Lacan J. (1966f). L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. Dans *Écrits* (p. 493-530). Seuil.
- Lacan, J. (1966g). D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose. Dans *Écrits* (p. 531-58). Seuil.
- Lacan, J. (1973a). L'étourdit. Dans *Autres écrits* (p. 449-96). Seuil.
- Lacan, J. (1973b). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Le Séminaire, livre XI, 1964.* Seuil.
- Lacan, J. (1975a). *Les écrits techniques de Freud. Le Séminaire, livre I, 1953-1954.* Seuil.
- Lacan, J. (1975b). *Encore. Le Séminaire, livre XX, 1972-1973.* Seuil.
- Lacan, J. (1978). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. Le Séminaire, livre II, 1955-1956.* Seuil.
- Lacan, J. (1980). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité.* Seuil.
- Lacan, J. (1981). *Les psychoses. Le Séminaire, livre III, 1955-1956.* Seuil.
- Lacan, J. (1986). *L'Éthique de la psychanalyse. Le Séminaire, livre VII.* Seuil.
- Lacan, J. (1991). *L'envers de la psychanalyse. Le Séminaire, livre XVII, 1969-1970.* Seuil.
- Lacan, J. (1998). *Les formations de l'inconscient. Le Séminaire, livre V, 1957-1958.* Seuil.
- Lacan, J. (2001). Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École. Dans *Autres écrits* (p. 243-259). Seuil.
- Lacan, J. (2004). *L'angoisse. Le Séminaire, livre X, 1962-1963.* Seuil.
- Lacan, J. (2011). *... ou pire. Le Séminaire, livre XIX, 1971-1972.* Seuil.
- Lacan, J. (2012). *L'identification. Le Séminaire, livre IX, 1961-1962.* Inédit édité et publié en ligne par Patrick Valas. <http://www.valas.fr/Jacques-Lacan-L-identification-1961-1962,252>
- Lacan, J. (2013). *Le désir et son interprétation. Le Séminaire, livre VI, 1958-1959.* Éditions de la Martinière.
- Lacan, J. (—). *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse. Le Séminaire, livre XII, 1964-1965.* Inédit édité et publié en ligne par Staferla. <http://staferla.free.fr/S12/S12%20PROBLEMES.pdf>
- Laffitte, P. (2014). Une praxis, deux pensées. *Chimères*, 84, 81-89.
- Laing, R. D. (1967). *The Politics of Experience.* Pantheon Books.
- Laing, R. D. (1983). *Le moi divisé : de la santé mentale à la folie.* Stock.

- Landreville, P., Morin, D. et Laberge, D. (2002). Déjudiciarisation en santé mentale à Montréal. *Les politiques sociales*, 1-2, 94-103.
- Langlais, P.-C. (2014). « Des chercheurs qui cherchent, on en trouve ; des chercheurs qui trouvent, on en cherche » : la phrase que de Gaulle n'aurait jamais dite. *Nouvel Obs*.
<https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-hotel-wikipedia/20141018.RUE0848/des-chercheurs-qui-cherchent-on-en-trouve-des-chercheurs-qui-trouvent-on-en-cherche-la-phrase-que-de-gaulle-n-aurait-jamais-dite.html>
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Laufer, L. (2015). Une psychanalyse foucauldienne est-elle possible ? *Nouvelle revue de psychosociologie*, 20(2), 233-233.
- Laurin, C. (2018). La maladie mentale : un défi à notre conscience collective. Postface à l'édition originale. Dans J.-C. Pagé, *Les fous crient au secours ! Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*. Écosociété.
- Lecomte, Y. et Tourigny, C. (1983). La communauté thérapeutique. Première partie : définition, caractéristiques et évolution. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 107-121.
- Ledoux, M. (2005). *Qu'est-ce que je fous là ? Psychothérapie institutionnelle en résistance et dialogue avec la psychiatrie de qualité*. Le Pli.
- Ledoux, M. (2023). *Ce qui se passe : métapsychologie de la psychothérapie institutionnelle*. Jérôme Millon.
- Leguil, C. (2022). Ne pas céder sur son désir. Actualité d'un précepte lacanien. *La Cause du Désir*, 111, 18-33.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1967). *Les structures élémentaires de la parenté*. Mouton.
- Machado, A. (1973). *Poésies*. Gallimard.
- Maldiney, H. (2007). *Penser l'homme et la folie*. Jérôme Millon.
- Malinowski, B. (1985). *Journal d'ethnographie*. Seuil.
- Martin, L., Meirieu, P., Pain, J. (2009). *La pédagogie institutionnelle de Fernand Oury*. Matrice.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives*, hors série, 2 (Actes du colloque « L'instrumentalisation dans la collecte des données »), 5-17.
- Martuccelli, D. (2005). Critique de l'individu psychologique. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 43-64.
- Marx, K. (2007). *Manuscrits économique-philosophiques de 1844*. Vrin.

- Mitchell, J. (1974). *Psychoanalysis and Feminism*. A. Lane.
- Molina, L. (2021). *Adeno Nuitome*. Éditions théâtrales.
- Molinier, P. (2019). Foucauldienne, la psychanalyse ? Entretien avec Jean Allouch le 15 mars 2019. *Genre, sexualité et société*, 21. <http://journals.openedition.org/gss/5589>
- Montebello, P. (2008). *Deleuze : la passion de la pensée*. Vrin.
- Montebello, P. (2015). *Métaphysiques cosmomorphes : la fin du monde humain*. Presses du réel.
- Montebello, P. (2019). *Nietzsche : fidélité à la Terre*. CNRS Éditions.
- Morin, D., Landreville, P. et Laberge, D. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33(2), 81-107.
- Morin, M.-H. et Clément, M. (2019). Le poids des mots dans le domaine de la santé mentale : des repères pour une pratique réflexive en travail social. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager*. Presses de l'Université du Québec.
- Mornet, J. (2007). *Psychothérapie institutionnelle*. Champ social.
- Murard, L. (1975). *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?* Éditions Recherches.
- Nez, H. (2011). Annexe 2 : Grille d'observation. *Sociologie*, 2(4).
- Nietzsche, F. (1980). *Also Sprach Zarathustra. Ein Buch für alle und keinen*. Wilhelm Goldmann Verlag.
- Nietzsche, F. (1985). *La généalogie de la morale*. Gallimard.
- Nietzsche, F. (1990). *Considérations inactuelles : I et II*. Gallimard.
- Novaes, C. (2023). L'expérience S.A.M. à La Borde. *Chimères*, 102, 59-66.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia-Bruylant.
- OMS – Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Éditions de l'OMS.
- OTSTCFQ – Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2011a). *Lignes directrices. Évaluer une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité*. OTSTCFQ.
- OTSTCFQ – Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2011b). *Cadre de référence. L'évaluation du fonctionnement social*. OTSTCFQ.

- OTSTCFQ – Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*. OTSTCFQ.
- Otero, M. (1999). *Du psychanalysme à l'impératif de l'adaptation : un nouveau mode de régulation des conduites des sujets. Une analyse de trois revues québécoises de psychologie de 1977 à 1997* [thèse de doctorat]. Université de Montréal / Département de sociologie.
- Otero, M. (2003a). *Les règles de l'individualité contemporaine: santé mentale et société*. Presses de l'Université Laval.
- Otero, M. (2003b). L'intervention en « santé mentale » : entre la discipline et le primat du corps. *Cahiers de recherche sociologique*, hors-série, 77-97.
- Otero, M. (2005a). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 65-89.
- Otero, M. (2005b). Présentation. Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 5-15.
- Otero, M. (2006). La sociologie de Michel Foucault : une critique de la raison impure. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 49-72.
- Otero, M. (2015). *Les fous dans la cité : sociologie de la folie contemporaine*. Boréal.
- Otero, M. (2018). Lecture transversale. Nommer, classer, gouverner : un nouvel espace d'ordre. Dans S. Roy, D. Namian, et C. Grimard (dir.), *Innommables, inclassables, ingouvernables : aux frontières du social* (p. 225-246). Presses de l'Université du Québec.
- Otero, M. (2021). *Foucault sociologue : critique de la raison impure*. Presses de l'Université du Québec.
- Oury, F. (2009). *La pédagogie institutionnelle*. Matrice.
- Oury, J. (1976). Préface. Ce qui est en question... la psychose. Dans J.-C. Polack et D. Sabourin, *La Borde, ou le droit à la folie* (p. 15-20). Calmann-Lévy.
- Oury, J. (1980). *Onze heures du soir à La Borde*. Galilée.
- Oury, J. (1986). *Le Collectif. Séminaire de Sainte-Anne, 1984-1985*. Scarabée.
- Oury, J. (1990). Pathique et fonction d'accueil en psychothérapie institutionnelle. Dans J. Schotte (dir.), *Le contact* (p. 111-125). De Boeck.
- Oury, J. (1992). *L'Aliénation*. Galilée.
- Oury, J. (1998a). *Les séminaires de La Borde 1996/1997*. Champ social.
- Oury, J. (1998b). *Il, donc*. Matrice.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champ social.

- Oury, J. (2012). Post-scriptum. Dans F. Guattari, *De Leros à La Borde* (p. 89-92). Éditions Lignes.
- Oury, J. (2013). *La décision. Séminaire de Sainte-Anne, 1985-1986*. Éditions Institutions.
- Oury, J. (2014a). Préface. Dans M. Bellahsen, *La santé mentale : un bonheur sous contrôle*. La Fabrique.
- Oury, J. (2014b). Préface. Dans E. Rozier, *La clinique de la Borde, ou les relations qui soignent : outils philosophiques pour comprendre le collectif* (p. 9-16). Érès.
- Oury, J. (2016a). *La psychothérapie institutionnelle, de Saint-Alban à La Borde*. Éditions d'une.
- Oury, J. (2016b). *Les symptômes primaires de la schizophrénie : cours de psychopathologie (1984-1986), suivi de : Le corps et la psychose*. Éditions d'une.
- Oury, J., Guattari, F. et Tosquelles, F. (1985). *Pratique de l'institutionnel et politique*. Matrice.
- Oury, J. et Depussé, M. (2003). *À quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*. Calmann-Lévy.
- Oury, J. et Faugeras, P. (2016). *Préalables à toute clinique des psychoses*. Érès.
- Oury, J. et Roulot, D. (2008). *Dialogues à La Borde : psychopathologie et structure institutionnelle*. Hermann.
- Oury, J. et Sivadon, D. (2013). Constellations. *Chimères*, 79, 124-141.
- Pagé, J.-C. (2018). *Les fous crient au secours ! Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*. Écosociété.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Paine, F., Sivadon, D. et Polack, J.-C. (réalis.). (1989). *François Tosquelles, une politique de la folie* [film documentaire]. FR3-Toulouse / La Sept / Mire / CNC.
- Pankow, G. (1977). *L'homme et sa psychose*. Aubier-Montaigne.
- Peirce, C. S. (1878). Deduction, Induction, and Hypothesis. Dans *Writings of Charles S. Peirce, 1872-1878*, vol. 3. Indiana University Press.
- Pessoa, F. (2001). Ode Maritime. Dans *Œuvres poétiques*. Gallimard / La Pléiade.
- Picasso, P. (1989). *Le Désir attrapé par la queue*. Gallimard.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Brosson.
- Pires, A. (1997a). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Gaëtan Morin.

- Pires, A. (1997b). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 3-54). Gaëtan Morin.
- Polack, J.-C. (2004). La Borde en son temps : chronique d'une clinique critique. *Multitudes : revue politique, artistique, philosophique*. <http://www.multitudes.net/La-Borde-en-son-temps/>
- Polack, J.-C. et Sabourin, D. (1976). *La Borde, ou le droit à la folie*. Calmann-Lévy.
- Popper, K. R. (1973). *La logique de la découverte scientifique*. Payot.
- Popper, K. R. (1999). *Les deux problèmes fondamentaux de la théorie de la connaissance*. Hermann.
- Pouillaude, É. (2012). Schizophrénie, aliénation et psychothérapie institutionnelle. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(59), 45-54.
- Pouillaude, E. (2014). *L'Aliénation : psychose et psychothérapie institutionnelle*. Hermann.
- Prince, B. et Videcoq, E. (2005). Félix Guattari et les agencements post-média: l'expérience de Radio Tomato et du minitel Alter. *Multitudes*, 21(2), 23-30.
- Pritchard, C. (2006). *Mental Health Social Work: Evidence-Based Practice*. Taylor & Francis.
- Provencher, H. L. et Keyes, C. L. M. (2011). Complete Mental Health Recovery: Bridging Mental Illness with Positive Mental Health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57-69.
- Québec (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, projet de loi 21, chap. 28. Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2017). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Québec (2020). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, chapitre P-38.001, à jour au 1^{er} mars 2020. Éditeur officiel du Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/P-38.001.pdf>
- Racamier, P.-C. (1973). *Le psychanalyste sans divan*. Payot.
- Regehr, C. et Glancy, G. (2010). *Mental Health Social Work Practice in Canada*. Oxford University Press.
- Richir, M. (2000). *Phénoménologie en esquisses : nouvelles fondations*. Jérôme Millon.
- Riedweg, L. (2019). *La Borde : une machine à soigner : théories spatiales et psychothérapie institutionnelle* [mémoire de maîtrise en sciences de l'architecture]. Université Laval.
- Rimbaud, A. (1929). Lettre du Voyant (lettre à Paul Demeny, 15 mai 1871). Dans *Correspondance* (p. 51-63). Éditions des cahiers libres.

- Rimbaud, A. (1958). Lettre de Rimbaud à Georges Izambard - 13 mai 1871. Dans *Œuvres* (p. 305-306). Mercure de France.
- Rose, N. (1986). Psychiatry: The Discipline of Mental Health. Dans P. Miller et N. Rose, *The Power of Psychiatry*. Polity Press.
- Rose, N. (2006). Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. *Sociologies et sociétés*, 38(2), 113-31.
- Rostain M., Dardy C., Grass, G., Murard, N., Préli, G. (dir.). (1976). Histoires de La Borde. 10 ans de psychothérapie institutionnelle à Cour-Cheverny, 1953-1963. *Recherches*, 21.
- Roulot, D. (2006). *Paysages de l'impossible : clinique des psychoses*. Champ social.
- Rozier, E. (2014). *La clinique de la Borde, ou les relations qui soignent : outils philosophiques pour comprendre le collectif*. Érès.
- Saussure, F. de (1995). *Cours de linguistique générale*. Payot.
- Sauret, M.-J. (2008). *L'effet révolutionnaire du symptôme*. Érès.
- Schmidt, U. (2008). Medical Ethics and Nazism. Dans *The Cambridge World History of Medical Ethics* (p. 595-608). Cambridge University Press.
- Simon, H. (1929). *Aktiver Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. Walter de Gruyter (livre traduit en français à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban sous le titre *Une thérapie plus active à l'hôpital psychiatrique*, dont les photocopies se trouvent à la Bibliothèque Henri Ey de l'Hôpital Sainte-Anne, à Paris).
- Soler, C. (2008). *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose*. Presses universitaires du Midi.
- Spinoza, B. (1994). *L'Éthique*. Gallimard/Folio.
- St-Onge, M. et Dumont, S. (dir.). (2009). *Social Work and Global Mental Health: Research and Practice Perspectives*. Routledge.
- Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*. Privat.
- Thifault, M.-C. et Dorvil, H. (dir.). (2014). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*. Presses de l'Université du Québec.
- Tisseron-Papetti, Y. (1996). *Du deuil à la réparation : Anna O. restituée à Bertha Pappenheim, naissance d'une vocation sociale*. L'Harmattan.
- Tosquelles, F. (1985). Revenons sur la notion d'institution. Dans J. Oury, F. Guattari et F. Tosquelles, *Pratique de l'institutionnel et politique* (p. 87-163). Matrice.
- Tosquelles, F. (1991). Une politique de la folie. *Chimères. Revue des schizoanalyses*, 13, 66-81.
- Tosquelles, F. (1992). *L'enseignement de la folie*. Dunod.

- Tosquelles, F. (2003). *De la personne au groupe : à propos des équipes de soins*. Érès.
- Tosquelles, F. (2006). *Éducation et psychothérapie institutionnelle*. Champ social.
- Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Érès.
- Tosquelles, F. (2016). *Hygiène mentale des éducateurs*. Éditions d'une.
- Ulas, M. et Connor, A. (dir.). (1999). *Mental Health and Social Work*. J. Kingsley.
- Vallon, C. (2022). Est-ce qu'un anarchiste couronné peut intervenir ? *Chimères*, 100, 203-210.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017a). La problématique. Dans *Manuel de recherche en sciences sociales* (p. 105-141). Dunod.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017b). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Von Buelzingsloewen, I. (2007). *L'hécatombe des fous : la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Aubier.
- Voss, D. (2019). IV. Diagrammes : usages multiples. Dans A. Querrien, A. Sauvagnargues et A. Villani (dir.), *Agencer les multiplicités avec Deleuze* (p. 53-63). Hermann.
- Weber, M. (1965). L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales (1904). Dans *Essais sur la théorie de la science*. Plon.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.
- Winnicott, D. W. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2010). *Les objets transitionnels*. Payot.